



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM MEDICINA

João Guilherme Tavares Marchiori

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE
ANSIEDADE ASSOCIADOS AO TRABALHO DOS PERITOS
MÉDICOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NO ESPÍRITO SANTO,
BRASIL.**

Vitória

2018

JOÃO GUILHERME TAVARES MARCHIORI

Avaliação da Prevalência de Sintomas de Ansiedade
Associados ao Trabalho dos Peritos Médicos da
Previdência Social no Espírito Santo, Brasil.

Dissertação de Mestrado, para fins de
conclusão do Mestrado Profissional
em Medicina – UFES, sob orientação
do Professor Doutor Fabio Petersen
Saraiva.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito
Santo, ES, Brasil)

Marchiori, João Guilherme Tavares, 1982 -

M315a Avaliação da prevalência de sintomas de ansiedade associados ao
trabalho dos peritos médicos da previdência social do Brasil / João Guilherme
Tavares Marchiori – 2018.
81 f.

Orientador: Fabio Petersen Saraiva.

Coorientador: Liliane Calil Guerreiro da Silva.

Dissertação (Mestrado Profissional em Medicina) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Estresse Ocupacional. 2. Médicos. 3. Esgotamento Profissional.
I. Saraiva, Fabio Petersen. II. Silva, Liliane Calil Guerreiro da. III. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA

"Avaliação da Prevalência de Sintomas de Ansiedade Associados ao Trabalho
dos Peritos Médicos da Previdência Social do Brasil"

João Guilherme Tavares Marchiori

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Medicina da
Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Medicina.

Aprovada por:

Prof. Dr. Fábio Petersen Saraiva (UFES)
Orientador

Prof. Dra. Maria das Graças Caus de Souza
Membro Externo (EMESCAM)

Prof. Dra. Liliâne Calil Guerreiro da Silva
Membro Interno

Vitória/ES, 26 de Junho de 2018.

RESUMO

O ato médico-pericial no âmbito da Previdência Social brasileira consiste na avaliação médica do periciando, com vistas à emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade para o trabalho e caracterização de invalidez para fins previdenciários e assistenciais. As decisões periciais convergem, inevitavelmente, para dois opostos: a concessão ou o indeferimento. O indeferimento denota contrariedade aos interesses do requerente, que pode projetar seu desapontamento e insatisfação contra a figura do perito, expondo-o a situações potencialmente estressantes. O presente estudo objetiva comparar a presença e intensidade do estresse ocupacional entre os Peritos Médicos Previdenciários e médicos peritos de outras carreiras públicas. Pretende ainda subsidiar mudanças organizacionais que visem à redução do estresse decorrente da atividade pericial. A avaliação dos participantes se fez por meio de questionário específico, validado previamente, do que restou comprovada, de modo contundente e alarmante, a maior prevalência de estresse e insatisfação relacionada a aspectos ocupacionais entre os peritos da previdência, culminando, em muitos casos, com reconhecimento de esgotamento emocional, característicos da Síndrome de Burnout.

Termos-Chave: Estresse Ocupacional, Peritos Médicos Previdenciários, Estresse em Médicos, Síndrome de Burnout

ABSTRACT

The medical-expert act within the scope of the Brazilian Social Security consists of the medical evaluation of the examinee, to draw a conclusive opinion on the work capacity and characterization of disability for social security and assistance purposes. Forensic decisions inevitably converge on two opposites: concession or refusal. The rejection goes against the interests of the candidates, who can project their disappointment and dissatisfaction on the professional, exposing the latter to potentially stressful situations. Objectives: the present study aimed to evaluate the presence and intensity of occupational stress among Social Security Medical Experts, comparing it to medical experts from other public careers. It also intended to identify the target causal factors, in order to provide organizational managers with essential principles that guide strategies aimed at preserving the mental health of medical specialists. Methods: The evaluation was made through a specific, previously validated job related stress questionnaire and a series of questions about subjective perceptions on work performance, labor stressors and emotional status. Results: we found overwhelming and alarming prevalence of stress and dissatisfaction related to occupational aspects among social security experts, culminating, in many cases, with emotional exhaustion, characteristic of Burnout Syndrome. Conclusion: there is a high prevalence of job related stress among social security doctors in Brazil, warranting implementation of specific measures in order to ensure the adequate provision of social security services to the population, thus avoiding social injustice and damage to the errary.

Key-Terms: Occupational Stress, Social Security Medical Experts, Physician Stress, Burnout Syndrome

SUMÁRIO

Introdução -----	10
Materiais e Métodos -----	12
Resultados -----	17
Discussão -----	27
Conclusões -----	44
Referências Bibliográficas -----	45
Anexo I -----	51
Anexo II: Carta de Aceite – Revista Clinics -----	56
Anexo III: Artigo formatado para publicação -----	57
Anexo IV: Termo de Consentimento -----	83

LISTA DE TABELAS

Figura 1 ----- 15

Tabela 1 ----- 18

Tabela 2 ----- 20

Tabela 3 ----- 22

Tabela 4 ----- 24

Tabela 5 ----- 25

Tabela 6 ----- 26

Tabela 7 ----- 27

Tabela 8 ----- 36

Tabela 9 ----- 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- ✓ CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- ✓ DP – Desvio Padrão
- ✓ EEO – Escala de Estresse Ocupacional
- ✓ ES – Espírito Santo
- ✓ GC – Grupo de Comparação
- ✓ GI – Grupo Investigação
- ✓ IPAJM – Instituto de Previdência dos Servidores do Estado do Espírito Santo
- ✓ INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
- ✓ N – Número Amostral
- ✓ p – Probabilidade Estatística
- ✓ PMP – Peritos Médicos Previdenciários
- ✓ P25 – Percentil 25
- ✓ P75 – Percentil 75
- ✓ QEPM – Questionário de Estresse dos Peritos Médicos
- ✓ QET – Questionário de Estresse no Trabalho
- ✓ SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

Agradeço, acima de tudo, a Deus, por esta importante realização profissional, e a todos aqueles que contribuíram para a efetivação deste trabalho, em especial meu professor orientador, pelo suporte científico e todo o auxílio, e a minha esposa e filhas, pela paciência e compreensão em face do tempo necessário à conclusão do Mestrado e dessa dissertação.

*“... Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde.
E, por pensarem ansiosamente no futuro, se esquecem do presente, de tal forma que acabam por não viver nem o presente nem o futuro. E vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido.”*

Dalai Lama

Introdução

O ato médico-pericial no âmbito da Previdência Social brasileira consiste na avaliação médica do periciando, com vistas à emissão de parecer conclusivo quanto à capacidade para o trabalho e caracterização de invalidez para fins previdenciários e assistenciais.¹ À atividade pericial não se aplica o tradicional paradigma do diagnóstico, prevenção ou tratamento das doenças, inerente à medicina assistencial. Assim, prima o perito pela caracterização da repercussão da doença ou lesão já diagnosticada na capacidade laboral do examinando. O enfoque é o esclarecimento de implicações legais, especialmente no reconhecimento de direitos e no estabelecimento de relações de causalidade. A imensa maioria dos que requerem benefícios previdenciários almejam a percepção de prestações pecuniárias do governo. Cabe aos Peritos Médicos Previdenciários (PMP) decidir se há ou não o comprometimento da capacidade para o trabalho; se tal comprometimento se traduz em incapacidade parcial ou total, temporária ou definitiva, para todas as atividades ou para uma ou algumas atividades específicas^{18,19}.

E não é só. Os PMP analisam o ensejo à percepção de indenizações previdenciárias decorrentes de sequelas funcionais ou anatômicas, de isenções tributárias decorrentes de doenças debilitantes, de concessão de licenças relacionadas à gestação, de caracterização de deficiência para fins de aposentadoria especial, de benefícios assistenciais e de amparo a pessoas em extrema situação de pobreza e inaptidão para os atos da vida civil^{12,13,14}.

Esta ampla gama de atribuições tem o potencial de causar sobrecarga laboral, estresse, ansiedade e fadiga, conforme documentado em profissionais médicos de outras carreiras, com consequências que atingem não só o profissional, mas também suas famílias e seus pacientes^{20,21,22}.

Além da multiplicidade das atribuições periciais, que por si só já representa possível fator gerador de estresse ocupacional, as decisões que vão de encontro aos anseios do periciando eventualmente geram situações de violência verbal e física contra os PMP, produzindo impactos psicológicos nefastos e potencialmente graves^{6,7}.

Além do efeito cumulativo da hostilidade dos periciandos contra os PMP, há diversos casos de agressões de proporções maiores e imediatas, noticiados nos veículos de comunicação^{2,3,4,5}, inclusive o extremo de violência que se manifestou pelo assassinato de um perito médico em 2007¹⁶. Há de se considerar, ainda, a possibilidade de subnotificação, como ocorre frequentemente em casos de violência nos serviços de saúde^{33,34,35}.

A subnotificação por parte dos agredidos, seja por medo de retaliação, falta de apoio da instituição ou desejo de evitar a revivência de situações desagradáveis, propicia o represamento de angústias e emoções negativas, o que potencialmente contribui para o agravamento do estresse e desenvolvimento de doenças mentais no longo prazo^{6,7}.

Considerando a magnitude econômica que envolve as concessões de benefícios por incapacidade⁸ e que a imparcialidade, essencial à atividade médico-pericial, pode ser comprometida por transtornos psiquiátricos decorrentes das ameaças sofridas

por estes profissionais, é essencial estudar a saúde mental dos peritos médicos para verificar se mudanças organizacionais são necessárias com vistas ao aprimoramento do essencial serviço prestado pela categoria à sociedade.^{9,10,11}

O presente estudo tem por objetivo principal a identificação da prevalência de sintomas de ansiedade nos Peritos Médicos Previdenciários, comparando-a com a realidade de médicos peritos de outras carreiras públicas. Ademais, pretende-se ainda analisar o grau de correlação da pontuação obtida em um questionário de estresse no trabalho com a percepção subjetiva de estresse e ansiedade entre os participantes, identificar indícios de Síndrome do Esgotamento Profissional (Burn-Out) e, finalmente, uma vez conhecendo os estressores ocupacionais a intensidade de sua presença, subsidiar mudanças organizacionais que visem à redução do estresse decorrente da atividade pericial. com vistas a mitigar os efeitos deletérios dos estressores ocupacionais sobre a saúde dos médicos peritos.

Materiais e Métodos

Trata-se de estudo epidemiológico de desenho transversal, cujo projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (CEP) e pelos dirigentes dos órgãos públicos onde foi executado. Dois grupos de comparação foram constituídos, um deles composto pelos Peritos Médicos Previdenciários do Instituto Nacional do Seguro Social e o outro composto por médicos peritos, igualmente servidores públicos estatutários, de outras carreiras, especificamente aqueles que laboram no Instituto de Previdência dos Servidores do Estado do Espírito Santo (IPAJM) e nas unidades que realizam perícias no servidores públicos

federais, conhecidas como SIASS (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor), atuantes no Estado do Espírito Santo (ES), Brasil.

O grupo de PMP foi denominado Grupo de Investigação (GI), e os médicos do IPAJM e SIASS foram agrupados e intitulados Grupo de Comparação (GC). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi fornecido, lido e assinado por todos os participantes.

[Autor des1] Comentário:

Aos participantes aplicou-se um instrumento de avaliação, composto de uma escala de estresse ocupacional previamente validada e um questionário com 9 perguntas, formuladas pelos autores. O instrumento completo (escala e questionário) foi denominado Questionário de Estresse dos Peritos Médicos (QEPM). O primeiro tópico de avaliação do QEPM, qual seja, a escala de estresse ocupacional (EEO), foi desenvolvida originalmente em língua portuguesa e sua validação foi alvo de estudo publicado pelos próprios autores em 2004¹⁵ (**Figura 1**). Segundo a publicação original, a escala se presta à aferições de estresse em ambientes de trabalho diversos e ocupações variadas. Sua utilidade central baseia-se na identificação dos estressores ocupacionais e no impacto emocional destes no nível subjetivo, ou seja, não se prende à detecção isolada dos estressores, mas também na relevância e impacto destes sobre a percepção de estresse dos indivíduos. A escala é composta de 23 itens, cada um composto por uma frase na qual se situam o estressor e a reação emocional do indivíduo ao mesmo. Para cada item, é possível assinalar o grau de impacto da situação de estresse sobre o participante, por meio das seguintes opções: “discordo totalmente”, “discordo”, “concordo em parte”, “concordo” e “concordo totalmente”. A média aritmética simples, se maior ou igual a 2,5, representa situação de estresse considerável¹⁵.

Segue-se à EEO um questionário composto por 9 perguntas (QET) elaboradas pelos autores deste estudo e que procuram investigar o impacto das condições organizacionais do trabalho sobre a percepção geral de estresse, se há implicações cognitivas e de desempenho, e até mesmo se as situações estressantes produziram desinteresse ou arrependimento em relação à profissão de perito. As duas primeiras questões são de múltipla escolha e às demais deve-se assinalar somente uma resposta. Distintamente da escala de estresse, o questionário não é dotado de pretensões psicométricas, e visa tão-somente à análise complementar qualitativa do impacto dos estressores sobre a vida pessoal e profissional dos médicos peritos. O QEPM foi aplicado em formato digitalizado, entre Fevereiro e Junho de 2017 e se encontra no **Anexo I**.

Após a aplicação da EEO, a avaliação prossegue com os itens 2 e 3, que abordam a qualificação das atividades profissionais e dos ambientes de trabalho, respectivamente. As perguntas 4 a 8 do QEPM abordaram a evolução temporal do nível de estresse, a motivação, competência, sucesso profissional e procuraram identificar se fatores psicológicos negativos vieram a causar impactos ou prejuízos aos usuários do sistema previdenciário. Mais especificamente, a pergunta 6 procurou indícios de afetamento emocional significativo, mas ainda suscetível ao controle de mecanismos internos (segunda opção de resposta), ou mesmo desgaste emocional marcante (terceira opção de resposta), que poderia subsidiar o diagnóstico de Burn-Out.

Figura 1: Escala de Estresse Ocupacional (EEO)¹⁵, parte integrante do instrumento completo de avaliação (QEPM)

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

1A	A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso
1B	O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita
1C	A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante
1D	Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho
1E	Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais
1F	Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho
1G	A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado
1H	Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho
1I	Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade
1J	Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas
1K	Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior
1L	Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho
1M	Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional
1N	Fico de mau humor por me sentir isolado na organização
1O	Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores
1P	As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado
1Q	Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade
1R	A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor
1S	A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação
1T	Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias
1U	Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas
1V	O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso
1X	Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes

Dos 76 PMP atuantes no ES à época do estudo, 65 retornaram as respostas ou foram considerados elegíveis. No GC, obtivemos respostas de 21 dos 24 médicos atuantes no IPAJM e SIASS. Foram excluídos do estudo aqueles que trabalhassem como peritos do SIASS e fossem concomitantemente Peritos Médicos Previdenciários.

As variáveis de identificação foram submetidas à análise estatística por meio dos testes *t*-Student, Qui-quadrado, Teste não-paramétrico de Mann-Whitney e Teste Exato de Fisher. A carga semanal de perícias foi analisada pelo Teste não-paramétrico de Mann-Whitney, bem como as situações dispostas no QET. As percepções subjetivas sobre a rotina laborativa e sobre o ambiente de trabalho, além das considerações acerca da perda de motivação, desejo de mudar de carreira ou intenção de abandoná-la, redução da competência e sucesso no trabalho foram estudadas por meio do Teste Exato de Fisher e Qui-quadrado. Às alterações evolutivas do estado de humor, ansiedade, estresse e desgaste emocional aplicou-se o teste do Qui-quadrado. O software utilizado para os cálculos foi o SPSS 17.0 for Windows e, para todos os testes, valores de *p* menores ou iguais a 0,05 foram considerados estatisticamente significantes.

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas calculou-se frequências absolutas e relativas.

Para a comparação da média de idade dos dois grupos foi utilizado o teste *t* de Student¹⁷. A comparação referente aos escores foi efetivada por meio do teste não-paramétrico de Mann-Whitney¹⁷ e para a comparação de três grupos o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis¹⁷, pois a suposição de normalidade dos dados foi

rejeitada. Para se testar a homogeneidade entre as proporções foi utilizado o teste qui-quadrado¹⁷ ou o teste exato de Fisher¹⁷.

Resultados

Os valores de identificação e as variáveis demográficas, meios de transporte utilizados para deslocamento ao trabalho e tempo de deslocamento entre o domicílio e o trabalho não se diferenciaram entre os grupos. Observou-se que os PMP exercem a carreira há mais tempo, com 84,6% deles atuando há 5 anos ou mais, contra somente 52,4% no GC. No GI, nenhum participante laborava há menos de 3 anos, contra 42,9% no GC (**Tabela 1**).

Tabela 1: Dados de Identificação e Número de Perícias Semanais

	Total (n=86)	GC (n=21)	GI (n=65)	p-value
Idade				
(Média+-DP)	46,98 ± 10,12	48,48 ± 12,71	46,49 ± 9,19	<.438 ⁽¹⁾
Gênero				
Masculino	52 (60,5%)	16 (76,2%)	36 (55,4%)	<.090 ⁽²⁾
Estado Civil				
Solteiro	8 (9,3%)	2 (9,5%)	6 (9,2%)	
Casado	71 (82,6%)	15 (71,4%)	56 (86,2%)	<.109 ⁽⁴⁾
União Estável	1 (1,2%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	
Divorciado	6 (6,9%)	3 (14,3%)	3 (4,6%)	
Tempo de Carreira (anos)				
Menos de 1	3 (3,5%)	3 (14,3%)	0 (0,0%)	
1 – 3	6 (6,9%)	6 (28,6%)	0 (0,0%)	<.001 ⁽⁴⁾
3 – 5	11 (12,8%)	1 (4,8%)	10 (15,4%)	
5 – 10	27 (31,4%)	3 (14,3%)	24 (36,9%)	
Mais de 10	39 (45,4%)	8 (38,1%)	31 (47,7%)	
Meio de Transporte para o Trabalho				
Carro	81 (94,2%)	20 (95,2%)	61 (93,9%)	
Ônibus	2 (2,3%)	0 (0,0%)	2 (3,1%)	<.763 ⁽⁴⁾
A pé	2 (2,3%)	1 (4,8%)	1 (1,5%)	
Motocicleta	1 (1,2%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)	
Tempo Para Chegar ao Trabalho				
Média +-DP	25,58 ± 33,25	17,00 ± 10,07	28,35 ± 37,48	<.155 ⁽³⁾
Mediana	15	15	20	
Número de Perícias Semanais				
Média +-DP	52,81 ± 26,68	24,10 ± 18,25	62,09 ± 21,99	<.001 ⁽³⁾
Mediana	60	20	75	

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste t de Student, (2) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado, (3) Nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney, (4) Nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher.

[A2] Comentário: Melhorei a formatação das tabelas e cuidei para que todas não fossem desmembradas em páginas diferentes (exceto a tabela 2 e 8, por serem muito extensas)

Quanto ao número de perícias semanais, observamos que os PMP realizam, em média, 62,09 exames, contra 24,1 por parte dos demais peritos ($p < 0,001$). Os dados mais detalhados de identificação dos participantes e número de perícias realizados estão dispostos na **Tabela 1**.

Ao verificarmos as médias obtidas em cada tópico individual da EET, os PMP exibiram pontuações significativamente maiores no que se refere ao nervosismo causado pela distribuição das tarefas e tempo insuficiente para a conclusão do volume de trabalho existente; à irritação decorrente do tipo de controle presente no trabalho; ao desgaste causado pela falta de autonomia profissional; à irritação quanto à divulgação deficiente das decisões organizacionais; ao incômodo causado pelo tratamento inadequado do superior hierárquico e pela necessidade de realizar tarefas acima ou abaixo da capacidade individual; ao mau humor causado por muitas horas seguidas de trabalho e pelo isolamento dentro da organização; ao incômodo pela comunicação deficiente com o superior hierárquico; à irritação decorrente de favoritismo no ambiente de trabalho e baixa valorização por parte dos superiores; ao incômodo causado pela deficiência de treinamentos para capacitação profissional e à angústia causada pelas poucas perspectivas de crescimento na carreira (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Pontuação obtida a partir das situações dispostas no QET

Item	Grupo	n	Média	DP	Mínimo	Máximo	P25	Mediana	P75	p*
1A	GC	21	1,86	0,96	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	<0,001
	GI	65	3,06	1,10	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	
1B	GC	21	2,05	0,92	1,00	4,00	1,00	2,00	3,00	<0,001
	GI	65	3,20	1,12	1,00	5,00	3,00	3,00	4,00	
1C	GC	21	1,81	0,75	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	0,003
	GI	65	2,62	1,13	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00	
1D	GC	21	1,52	0,60	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	0,070
	GI	65	1,91	0,84	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	
1E	GC	21	2,38	1,02	1,00	5,00	2,00	2,00	3,00	0,010
	GI	65	3,12	1,22	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	
1F	GC	21	2,29	0,96	1,00	5,00	2,00	2,00	3,00	0,293
	GI	65	2,54	1,11	1,00	5,00	2,00	2,00	3,00	
1G	GC	21	1,95	1,07	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	0,062
	GI	65	2,45	1,16	1,00	5,00	2,00	2,00	3,00	
1H	GC	21	1,14	0,36	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	0,003
	GI	65	1,74	1,02	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	
1I	GC	21	1,76	1,00	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	0,025
	GI	65	2,37	1,19	1,00	5,00	1,00	2,00	3,00	
1J	GC	21	1,76	0,89	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	<0,001
	GI	65	3,06	1,32	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	
1K	GC	21	1,57	0,75	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	0,003
	GI	65	2,32	1,06	1,00	5,00	1,00	2,00	3,00	
1L	GC	21	1,71	1,01	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	<0,001
	GI	65	2,85	1,29	1,00	5,00	2,00	3,00	4,00	
1M	GC	21	2,67	1,15	1,00	5,00	2,00	3,00	3,00	0,002
	GI	65	3,58	1,16	1,00	5,00	3,00	4,00	4,50	
1N	GC	21	1,76	0,94	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	0,009
	GI	65	2,48	1,20	1,00	5,00	2,00	2,00	3,00	
1O	GC	21	1,86	1,01	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	0,011
	GI	65	2,57	1,22	1,00	5,00	2,00	2,00	3,00	

1P	GC	21	2,33	1,24	1,00	5,00	1,00	2,00	3,00	0,002
	GI	65	3,34	1,22	1,00	5,00	2,50	3,00	4,00	
1Q	GC	20	1,70	0,73	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	0,041
	GI	65	2,26	1,08	1,00	5,00	1,50	2,00	3,00	
1R	GC	21	1,52	0,75	1,00	4,00	1,00	1,00	2,00	0,057
	GI	65	1,82	0,73	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	
1S	GC	21	1,95	1,02	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	0,157
	GI	65	2,34	1,18	1,00	5,00	1,00	2,00	3,00	
1T	GC	21	1,81	0,93	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	0,507
	GI	65	1,92	0,91	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	
1U	GC	21	1,57	0,60	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	0,713
	GI	65	1,74	0,92	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	
1V	GC	21	1,71	0,85	1,00	4,00	1,00	2,00	2,00	<0,001
	GI	65	3,29	1,41	1,00	5,00	2,00	4,00	4,50	
1X	GC	21	1,71	0,96	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	0,661
	GI	65	1,72	0,76	1,00	5,00	1,00	2,00	2,00	
Total	GC	21	1,84	0,65	1,00	3,39	1,26	1,91	2,20	<0,001
	GI	65	2,53	0,66	1,17	4,26	2,11	2,61	2,98	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Mann-Whitney

Passando-se à análise das percepções subjetivas, não quantificáveis, referentes às atividades habituais e aos ambientes de trabalho, constatamos novamente discrepância entre os grupos. No GI, houve mais classificações das atividades como cansativas e estressantes, e no ambiente de trabalho como inseguro, desconfortável e opressor. Por outro lado, no GC houve mais casos com classificações do ambiente de trabalho como seguro, aconchegante e livre, propiciando pleno exercício da autonomia profissional (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Frequências absolutas e relativas da classificação das atividades habituais e do ambiente de trabalho, segundo o grupo de estudo.

Variável	Classificação	Total (n=86)		GC (n=21)		GI (n=65)		p
		n	%	n	%	n	%	
<i>Atividades Usuais</i>	Motivantes	14	16,3	6	28,6	8	12,3	0,096 ⁽²⁾
	Cansativas	50	58,1	4	19,0	46	70,8	<0,001 ⁽¹⁾
	Frustrantes	16	18,6	1	4,8	15	23,1	0,103 ⁽²⁾
	Estressantes	45	52,3	3	14,3	42	64,6	<0,001 ⁽¹⁾
	Recompensadoras	13	15,1	5	23,8	8	12,3	0,291 ⁽²⁾
	Monótonas e Entediantes	10	11,6	0	0,0	10	15,4	0,110 ⁽²⁾
	Monótonas	13	15,1	6	28,6	7	10,8	0,076 ⁽²⁾
<i>Ambiente de Trabalho</i>	Seguro	14	16,3	10	47,6	4	6,2	<0,001 ⁽²⁾
	Inseguro	55	64,0	3	14,3	52	80,0	<0,001 ⁽¹⁾
	Aconchegante/Confortável	12	14,0	8	38,1	4	6,2	<0,001 ⁽²⁾
	Desconfortável	36	41,9	4	19,0	32	49,2	0,002 ⁽¹⁾
	Opressor	15	17,4	0	0,0	15	23,1	0,017 ⁽²⁾
	Livre	15	17,4	9	42,9	6	9,2	0,001 ⁽²⁾

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado, (2) Nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher.

Seguiu-se a análise das perguntas 4 a 8 do QEPM, observando-se diferença significativa na evolução temporal do estado de humor. Nos PMP, 69,2% reportaram que se sentiam mais animados no início da carreira do que no momento da aplicação do questionário, contra 19,1% no GC. Ademais, apenas 20% dos PMP informaram que seu estado de humor não se alterou ao longo do tempo, contra 61,8% dos peritos de outras carreiras. A percepção de ansiedade também se

agravou em 64,6% dos PMP contra 17,3% no GC. Os PMP se disseram emocionalmente abalados ou muito desgastados emocionalmente em 73,8% dos casos, ao passo que apenas 14,3% dos peritos do GC estavam um pouco abalados, e nenhum deles se considerava muito desgastado (**Tabela 4**). A sensação de redução do sucesso e competência, abordada na pergunta 8 do QEPM, ainda que mais prevalente nos PMP, não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos (**Tabela 5**). Quanto ao arrependimento de ter ingressado na carreira pericial e à intenção de abandonar a carreira, novamente o GI apresentou maior prevalência de respostas afirmativas na comparação com os peritos de outras carreiras (**Tabela 5**).

Tabela 4 - Frequências absolutas e relativas da classificação da alteração no estado de humor, no nível de estresse e do estado emocional atual, segundo o grupo de estudo.

		Total (n=86)		GC (n=21)		GI (n=65)			
Variável	Classificação	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>p⁽¹⁾</u>	
Alteração do Humor ao Longo do Tempo	Inalterado	26	30,2	13	61,8	13	20,0	<0,001	
	Melhor no Passado	49	57,0	4	19,1	45	69,2		
	Melhor Agora	11	12,8	4	19,1	7	10,8		
Stress/ Ansiedade ao Longo do Tempo	Inalterado	28	32,6	14	66,7	14	21,5	<0,001	
	Mais Estressado Agora	45	52,3	3	17,3	42	64,6		
	Menos Estressado Agora	13	15,1	4	19,0	9	13,9		
Estado Emocional Atual	Estável	35	40,7	18	85,7	17	26,2	<0,001	
	Um Pouco Abalado	36	41,9	3	14,3	33	50,8		
	Muito Desgastado	15	17,4	0	0,0	15	23,0		

(*) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado

Tabela 5 - Frequências absolutas e relativas da classificação das atividades habituais e do ambiente de trabalho, segundo o grupo de estudo.

Variável	Total (n=86)		GC (n=21)		GI (n=65)		p
	n	%	n	%	n	%	
Prejuízo a Terceiros	26	30,2	1	4,8	25	38,5	0,004 ⁽¹⁾
Sucesso no Trabalho Afetado	15	17,4	1	4,8	14	21,5	0,103 ⁽²⁾
Escolheria Outra Carreira	35	41,2	2	9,5	33	51,6	<0,001 ⁽¹⁾
Abandonaria a Carreira	37	43,5	2	9,5	35	54,7	<0,001 ⁽¹⁾

(1) Nível descritivo de probabilidade do teste qui-quadrado, (2) Nível descritivo de probabilidade do teste exato de Fisher.

Ao verificarmos a coerência das pontuações da EEO com a percepção subjetiva quanto à presença de **estresse**, 83,33% dos PMP considerados ansiosos pela EEO também declararam que sua percepção de estresse geral também é maior agora do que no início da carreira. Ainda no GI, daqueles que não foram taxados de estressados pela EEO, apenas 41,38% se declararam mais estressados agora do que no passado. Tais achados apresentaram significância estatística ($p < 0,001$) no teste do qui-quadrado. A situação ocorreu de modo semelhante no GC, onde 100% dos participantes rotulados como estressados pela EEO se consideraram igualmente mais estressados agora do que no passado, ao passo que, entre os que não foram considerados estressados pela EEO, apenas 1 perito (5,56%) se declarou subjetivamente estressado (**Tabelas 6 e 7**).

[A3] Comentário: Substituição de “ansiedade” por “estresse”

Tabela 6 - Concordância entre a Pontuação da EEO e a Percepção Subjetiva de Ansiedade nos PMP

	PMP*		
	Mais estressados agora	Inalterado ou menos estressados agora	
EEO** $\geq 2,5$	30	6	36
EEO $< 2,5$	12	17	29
	42	23	65

* Peritos Médicos Previdenciários

** Escala de Estresse Ocupacional

Sensibilidade = $(a/a+b) = 30/42 = 71,4\%$

Especificidade = $(d/c+d) = 17/23 = 73,9\%$

Valor Preditivo Positivo = $(a/a+c) = 30/36 = 83,3\%$

Valor Preditivo Negativo = $(d/b+d) = 17/29 = 58,6\%$

Acurácia = $(a+d/a+b+c+d) = 30+17/65 = 72,3\%$

Tabela 7 - Concordância entre a Pontuação do QET e a Percepção Subjetiva de Ansiedade no Grupo de Comparação

	IPAJM/SIASS*		
	Mais estressados agora	Inalterado ou menos estressados agora	
EEO** $\geq 2,5$	2	0	2
EEO $< 2,5$	1	17	18
	3	17	20

* Instituto de Previdência dos Servidores do Estado do Espírito Santo e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

** Escala de Estresse Ocupacional

Sensibilidade = $(a/a+b) = 2/3 = 66,7\%$

Especificidade = $(d/c+d) = 17/17 = 100\%$

Valor Preditivo Positivo = $(a/a+c) = 2/2 = 100\%$

Valor Preditivo Negativo = $(d/b+d) = 17/18 = 94,4\%$

Acurácia = $(a+d/a+b+c+d) = 2+17/20 = 95,0\%$

Discussão

A saúde mental dos PMP é permanentemente ameaçada por questões inerentes à organização do trabalho, segurança, autonomia e conflito de interesses. As diferenças marcantes entre os grupos de comparação refletem uma realidade já

há muito percebida pelos profissionais que atuam na Previdência Social do Brasil, mas não demonstrada por meios científicos. Muitas variáveis se fizeram presentes em maior intensidade entre os PMP, e nenhuma exibe relação de exclusão com as demais, o que demonstra efeito sinérgico na produção dos sintomas de estresse ocupacional.

Constatamos discrepâncias alarmantes nos sintomas de estresse, em desfavor do grupo de Peritos Médicos do INSS. Mais ainda, foi capaz de demonstrar que o estresse é um fator de risco para o desgaste emocional, intenção de abandono de carreira, desmotivação, inclusive com potencial comprometimento da qualidade dos serviços prestados à população. A redução da eficácia e eficiência, a desmotivação e a repercussão emocional e cognitiva são indícios de que haja até mesmo casos de Síndrome do Esgotamento Profissional (Burn-Out) entre os PMP, o que merece investigação mais aprofundada em estudos analíticos futuros, e ilustra a urgência de adoção de medidas organizacionais e legais no sentido de melhorar a salubridade do ambiente e condições de trabalho.

As pontuações na EEO se mostraram, de modo geral, maiores entre os PMP, indicando maiores níveis de estresse em relação aos peritos de outras carreiras. A análise de cada tópico específico da EEO desvendou determinantes mais específicos da situação de estresse dos PMP, muitas vezes relacionados a questões organizacionais do trabalho. As percepções subjetivas quanto ao estresse, ansiedade, desmotivação, redução da competência, prejuízo aos usuários dos serviços periciais, arrependimento e intenção de abandono de carreira também se fizeram mais presentes entre os PMP.

Ainda que tenha sido demonstrada a mais longa experiência profissional dos PMP, observamos que aqueles que têm maior tempo de casa não são

necessariamente os mais estressados. Do contrário, PMP com até 5 anos de exercício exibiram média na EEO de 2,78 pontos, ao passo que aqueles com mais de 5 anos obtiveram média de 2,49 pontos. Ainda que este achado não seja estatisticamente significativo, resta claro que o maior tempo de carreira não se comporta como fator de risco para o aparecimento de sintomas de **estresse**, o que torna os grupos de comparação mais homogêneos neste aspecto.

O marcante excesso relativo de perícias semanais dos PMP enseja a formulação de hipótese de causalidade entre a maior carga de trabalho e o desenvolvimento de sintomas de estresse. Neste sentido, uma abordagem investigativa oportuna seria o estudo analítico dos pontos de corte a partir dos quais o número de perícias representaria isoladamente um fator de risco para o estresse. Deste modo, poder-se-ia estabelecer com maior precisão níveis seguros de carga pericial semanal.

Os PMP exibiram pontuações significativamente maiores em vários tópicos integrantes da EEO. Tais pontuações expressam objetivamente situações organizacionais adversas, ainda que caiba uma análise mais aprofundada sobre as particularidades da função pericial dentro do INSS. Assim, é possível constatar que os PMP reagem de forma negativa à distribuição inadequada de tarefas. Os PMP informaram, durante a entrevista, que nem todos exercem as mesmas tarefas (dado não catalogado). Em parte, isto se deve à multiplicidade de tarefas periciais, que, além da conhecida análise da concessão de Auxílios-Doença, incluem o reconhecimento de doenças graves para fins de benefícios fiscais, perícias para concessão de benefícios de subsistência a pessoas em extrema pobreza e vulnerabilidade social, análise de sequelas ensejadoras de indenizações (Auxílio-Acidente), pensões a maiores de idade incapacitados para os atos da vida civil,

concessão de licença-maternidade, análise e concessão de aposentadoria por invalidez e aposentadoria especial, reabilitação profissional e reinserção no mercado de trabalho, caracterização de deficiências para fins de antecipação de aposentadoria, além de atendimento a diversas demandas judiciais^{12,13,14,18,19}.

Neste cenário desfavorável de excesso de atribuições profissionais, é difícil, do ponto de vista de gestão, distribuir uniformemente tais tarefas aos peritos. Como consequência, alguns são submetidos com mais intensidade e duração a tarefas mais complexas, outros a tarefas mais estressantes, ou mais inseguras, ou mais entediantes, ou mais desmotivantes, e assim por diante. Isto explicaria o impacto negativo da inadequada distribuição de tarefas apontado na EEO.

Essa mesma multiplicidade, associada às inúmeras vias recursais existentes e liberdade aos usuários de agendarem perícias de modo reiterante e ilimitado¹² contribuem para o estabelecimento de alto volume de trabalho, também percebido pelos peritos como fator motivador de estresse.

Para corrigir tais excessos, sugere-se a adoção de medidas multissetoriais, como desburocratização e limitação das vias recursais e respeito à autonomia dos peritos quanto às suas decisões. As decisões organizacionais são muitas vezes levadas a efeito por meio de orientações e instruções normativas, memorandos, decretos e leis. A atualização completa acerca das mudanças é provavelmente impossível, dada a sobrecarga de trabalho já existente. Percebe-se, assim, que os PMP devem lidar com a constante demanda por atualizações legislativas, em concomitância com a necessidade de acompanhar a evolução da medicina, o que provavelmente deve contribuir para a percepção subjetiva de sobrecarga e estresse. Esta realidade se externa por meio pontuações significativamente maiores dos PMP no QET nos quesitos referentes à deficiência na divulgação de decisões

organizacionais e aos treinamentos para capacitação profissional (**Tabela 2**). Posto isso, seria interessante divulgar o teor principal das alterações das normativas por meio de treinamentos constantes, com abordagens de situações práticas, rotineiras, aliadas ao oferecimento de aperfeiçoamento profissional no que tange a aspectos médicos propriamente ditos.

Ainda por meio da EEO, observam-se problemas na teia de relacionamentos interpessoais, com percepções negativas acerca de pressões, falta de reconhecimento, subvalorização e tratamento inadequado por parte de superiores hierárquicos. A natureza das tarefas outorgadas aos profissionais por suas chefias, se acima ou aquém de suas habilidades cognitivas, pode representar fator de risco ao aumento dos sintomas de estresse, bem como a percepção de favoritismos desprovidos de mérito no ambiente laboral²³.

Uma vez que a EEO tenha externado percepções desfavoráveis dos PMP com seus superiores (Tabela 2), é possível que tais conflitos supramencionados sejam mantidos em sigilo pelos próprios peritos, não chegando ao conhecimento de seus superiores. Torna-se importante, portanto, que as chefias reavaliem seus conceitos quanto à justiça e imparcialidade na distribuição de tarefas, estabelecendo critérios objetivos e lógicos quanto à promoção interna de seus subordinados.

As percepções individuais, não quantificáveis, traduzidas por adjetivações referentes às atividades profissionais e aos ambientes de trabalho (**Tabela 3**), expuseram de maneira irrefragável a situação de oposição vivenciada pelos dois grupos, no tocante a variáveis nitidamente implicadas no bem-estar ocupacional. Destarte, é plenamente concebível especular que atividades estressantes, ambientes inseguros, desconfortáveis e opressores sejam fatores geradores de **ansiedade** e estresse. Desta feita, torna-se essencial propor intervenções que visem

[A4] Comentário: Novamente o termo foi usado de modo mais genérico, mas podemos retirar

à ampliação da segurança das agências do INSS, de melhorias ergonômicas nos postos de trabalho, e de incrementos na autonomia e liberdade profissional dos PMP, como soluções integradas no sentido de reduzir o estresse. Menção especial deve ser dada à opressão reportada por muitos PMP, pois esta questão expõe ao conhecimento geral uma realidade vivenciada silenciosamente por muitos peritos. Sabe-se que as instâncias recursais do INSS, com poder deliberativo, são compostas por diversos profissionais não médicos³⁶. Em outras palavras, das decisões médicas cabem recursos analisados e julgados, ainda que não exclusivamente, por servidores que não detêm capacitação na área médica. Assim, eventuais reformas das decisões periciais iniciais podem ser percebidas de forma negativa pelos peritos, como uma violação de suas liberdades e competências.

Curiosamente, observamos que aqueles PMP que classificaram as atividades como estressantes não apresentaram escores de estresse maiores que aqueles que não consideram suas atividades como estressantes. Este achado demonstra uma dissociação entre o escore de estresse e a consideração de atividade de trabalho estressante a partir da percepção subjetiva. Em outras palavras, o fato de considerar as atividades como estressantes não leva necessariamente a sentimento de estresse patológico, e provavelmente é apenas uma forma de sintetizar a percepção individual de ritmos de trabalho intensos ou acelerados, métodos não uniformizados, aspectos organizacionais caóticos, inadequações ergonômicas e, até mesmo, a sensação de insegurança. De fato, por esta mesma análise interna do grupo de PMP, observou-se que aqueles que classificaram o ambiente de trabalho como inseguro, desconfortável ou opressor tiveram escores de **estresse** significativamente maiores do que aqueles que não o classificaram desta forma ($p=0,046$ para ambiente inseguro; $p=0,033$ para ambiente desconfortável; $p=0,029$ para ambiente

opressor). Tais achados permitem especular que o termo “estressante” seja um rótulo mais genérico das atividades habituais e que os determinantes desta situação “estressante” sejam variáveis como insegurança, desconforto e opressão.

Inversamente, o GC obteve número de casos significativamente maior nas classificações “seguro”, “aconchegante” e “livre”, demonstrando a discrepância entre as percepções subjetivas quanto à realidade de trabalho e reforçando a participação destas variáveis subjetivas na produção do estresse.

Constatamos que o passar do tempo afetou negativamente o estado de humor e, em concomitância, a percepção de estresse entre os PMP, o que sugere uma relação causal, em que a cronificação do estresse acaba por eventualmente afetar o estado de humor. Por outro lado, o estresse crônico pode desencadear comprometimento do estado emocional, ao ponto de produzir a Síndrome de Burn-Out²⁴. Nosso estudo constatou que 23% dos PMP (15 peritos) já se encontravam muito desgastados emocionalmente, e 60% destes (9 peritos) acreditavam inclusive que seu desgaste emocional poderia ter causado prejuízo aos usuários. O desgaste emocional marcante e a possibilidade de prejuízo a terceiros são dois componentes essenciais para o diagnóstico de Burn-Out. Não houve diferença significativa entre os grupos no que se refere à sensação de redução do sucesso ou competência profissional. Tal achado vai de encontro ao senso comum, pois se há excessivo desgaste emocional, ansiedade e reconhecimento de prejuízos aos usuários dos serviços periciais, resta claro que, necessariamente, deve haver concomitante redução do sucesso ou competência. Trata-se, portanto, de um dado sujeito a viés de informação, potencialmente controlável em estudos com maior potencial analítico.

As rotinas laborativas estressantes são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e do humor, inclusive Síndrome de

Burn-Out, como demonstrou um recente estudo tcheco em que as profissões que envolvem atendimento a clientes ou pacientes predispõem ao desenvolvimento de estresse, e que sintomas depressivos são também mais prevalentes nos indivíduos considerados estressados²⁴. Estes achados ajudam a dimensionar a situação de risco dos PMP, que lidam exatamente com uma população que é ao mesmo tempo cliente e paciente, e delineiam uma provável sequência evolutiva de desenvolvimento de depressão a partir do estresse crônico, constatando, em última análise, que os transtornos mentais comumente apresentam uma interface causal relacionada ao exercício laboral, que deve ser identificada e sanada por meio de mudanças nos processos e na organização do trabalho²⁴.

Tais mudanças devem ser pautadas por fatores de risco ocupacionais que reconhecidamente afetam a saúde mental, quais sejam, a insegurança, a repetitividade e monotonia das tarefas, a falta de autonomia e controle, o desequilíbrio entre esforço e recompensa (não apenas a recompensa salarial, mas a que envolve satisfação pela conclusão de tarefas importantes), escassez de suporte por parte da instituição e sensação de injustiça ou de tratamento não igualitário por parte das chefias²⁵.

Sabendo-se dos principais determinantes do adoecimento nos ambientes de trabalho, é possível estabelecer padrões a serem adotados nos diversos setores produtivos. Um amplo estudo britânico sobre a situação de saúde da população economicamente ativa adotou a perspectiva de que a saúde e o bem-estar no trabalho não impactam apenas na redução do absenteísmo, mas também na produtividade e rentabilidade, e que, portanto, seriam interessantes ainda que demandassem altos investimentos por parte dos empregadores²¹. Na seara previdenciária, a produtividade e rentabilidade poderiam ser melhor alcançadas de

economicidade e eficiência, dois dos princípios fundamentais com os quais os servidores devem exercer seu múnus público²⁶.

Ainda que haja inúmeras particularidades de cada ambiente organizacional e setor produtivo, há recomendações gerais, que servem de alicerce para o desenvolvimento de programas de melhorias das condições laborais em cada ambiente específico. O governo britânico disponibiliza uma sistemática padronizada de combate a estressores ocupacionais²⁷, a partir da identificação de seis principais fatores geradores de estresse (demandas, controle, suporte, relacionamentos, competências/atribuições e mudanças organizacionais) **(Tabela 8)**.

Tabela 8 – Os Seis Pilares do Estresse Ocupacional, Estratégias e Objetivos a Serem Alcançados.

Fator de Risco	Definição	Objetivos/Metas	Intervenções
Demandas	Carga, padrões e ambiente de trabalho	<p>Servidores indicam que são capazes de lidar com as demandas.</p> <p>Há um sistema local que possa atender aos servidores que exibam preocupações quanto às demandas</p>	<p>Demandas adequadas e compatíveis com a carga horária.</p> <p>Habilidades dos servidores coerentes com as demandas.</p> <p>Atender às preocupações dos servidores quanto ao ambiente de trabalho.</p>
Controle	Autonomia do servidor na execução de suas tarefas	<p>Servidores se consideram capazes de exercer seu múnus com autonomia.</p> <p>Há um sistema local que possa atender aos servidores que exibam preocupações quanto ao controle.</p>	<p>Controle do ritmo de trabalho pelos servidores.</p> <p>Incentivo ao emprego de habilidades e iniciativa na realização do trabalho.</p> <p>Incentivo a desenvolver novas habilidades frente a demandas mais complexas.</p> <p>Liberdade de fazer as pausas que julgar</p>

			<p>necessárias.</p> <p>A instituição procura saber a opinião do servidor quanto ao seu padrão de trabalho.</p>
Suporte	Incentivo, patrocínio e recursos oferecidos pela instituição e colegas.	<p>Servidores indicam que recebem informação adequada e suporte dos seus colegas e superiores.</p> <p>Há um sistema local que possa atender aos servidores que exibam preocupações quanto ao suporte.</p>	<p>A organização dispõe de políticas e procedimentos para oferecer suporte adequado aos servidores.</p> <p>Há um sistema local para encorajar os gestores a oferecer suporte aos seus subordinados.</p> <p>Servidores sabem que há um suporte e como acessar tais serviços em função de suas atribuições específicas.</p>
Relacionamentos	Promoção de trabalho positivo e não aceitação de comportamentos inadequados	<p>Servidores indicam que não são submetidos a tratamentos inadequados nem são induzidos a tratar seus pares de forma inadequada (exemplo: Bullying).</p> <p>Há um sistema local que possa atender aos</p>	<p>A instituição promove trabalho positivo, para evitar conflitos e garantir a justiça.</p> <p>Servidores compartilham informações relevantes ao trabalho.</p>

		servidores que exibam preocupações quanto aos relacionamentos.	<p>A instituição tem políticas e procedimentos para prevenir ou resolver comportamentos inaceitáveis.</p> <p>Há um sistema para orientar os gestores a lidar como comportamentos inaceitáveis e para encorajar os servidores a relatarem tais comportamentos.</p>
Competências	O entendimento sobre a exata delimitação de competências, tanto por parte dos servidores quanto por parte dos gestores.	<p>Servidores indicam que entendem seus papéis, competências e responsabilidades.</p> <p>Há um sistema local que possa atender aos servidores que exibam preocupações quanto às competências.</p>	<p>A instituição garante que, dentro do possível, as tarefas sejam distribuídas de maneira coerente, clara e homogênea.</p> <p>A instituição fornece informações sobre as competências dos servidores.</p> <p>Há um sistema local que propicia aos servidores manifestar suas preocupações quanto à delimitação de competências.</p>
Mudanças	Como as mudanças dentro da instituição são manejadas e	Servidores informam que a instituição os insere nos processos de implementação de	A instituição fornece informação em tempo hábil para que os servidores

	comunicadas aos servidores.	<p>mudanças.</p> <p>Há um sistema local que possa atender aos servidores que exibam preocupações quanto às mudanças.</p>	<p>possam compreender as razões para as mudanças.</p> <p>A instituição garante aos servidores meios de consulta sobre as mudanças.</p> <p>Os servidores são alertados sobre o impacto das mudanças em seu trabalho e, se necessário, recebem treinamento específico e têm suporte durante a fase de mudanças.</p> <p>Servidores ficam cientes do cronograma de mudanças.</p>
Adaptado de "Work related stress - together we can tackle it", disponível em http://www.hse.gov.uk/stress/standards/			

Os princípios básicos de atuação se caracterizam por uma abordagem passo a passo, envolvendo pesquisas, consultorias, reuniões e participação ativa dos empregados, que visam à identificação de fatores de risco, suas causas, modalidades de prevenção dos mesmos, com o consequente estabelecimento de metas, objetivos e instrumentos de aferição de resultados.

Ainda que as situações de estresse possam ser minimizadas por meio da abordagem proposta, é virtualmente impossível criar ambientes de trabalho blindados de quaisquer fatores geradores de estresse, visto que, essencialmente, as instituições públicas e privadas sempre se envolvem, direta ou indiretamente, com metas, prazos, responsabilidades e conflitos de interesses. Destarte, é fundamental que os trabalhadores estejam amparados por suporte psicológico que vise ao desenvolvimento e aprimoramento da resiliência. Conceitualmente, a resiliência é um processo de adaptação a situações adversas e estressantes. Diz respeito a pessoas “resistentes” ao estresse, que têm a habilidade de reagir à adversidade e superar circunstâncias difíceis^{28,29}.

Pessoas resilientes têm a capacidade de lidar com altas cargas de mudanças disruptivas, manter boa saúde e energia mesmo sob constante pressão, recuperar-se rapidamente de contratempos, adaptar-se a um novo meio de vida ou de trabalho quando necessário, e exibir toda essa capacidade de adaptação sem causar prejuízos a si ou a terceiros³⁰. É portanto uma ferramenta fundamental na prevenção da Síndrome de Burn-Out e de outros transtornos de ansiedade^{31,32}.

A identificação de casos extremos de desgaste emocional deve, portanto, ensejar imediato encaminhamento do médico perito para o serviço de saúde oficial, com possível afastamento temporário das funções usuais. No longo prazo, essa realidade deve reforçar a necessidade de mudanças organizacionais mais profundas e complexas, que visem a prevenir ou a atenuar o desgaste emocional inerente à atuação profissional. Tomando por base as diretrizes dispostas na **Tabela 8**, elaboramos propostas mais específicas, adaptadas à realidade pericial, com as mudanças que consideramos benéficas na saúde mental dos profissionais médicos do INSS (**Tabela 9**).

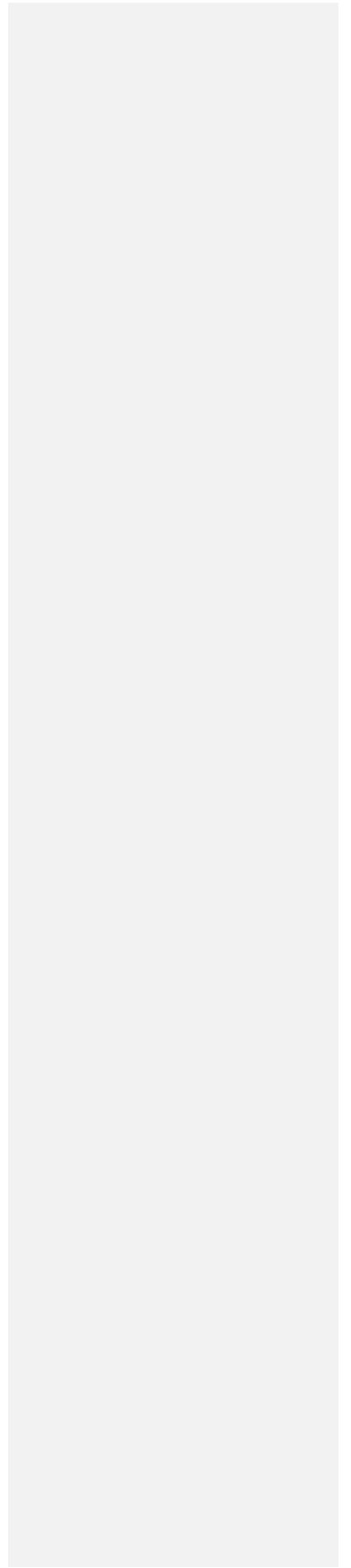


Tabela 9 - Propostas de Mudanças nas Atividades e Ambientes de Trabalho dos Peritos Médicos Previdenciários e Potencias Barreiras à Implementação

Problema	Mudanças Propostas	Barreiras Potenciais
Insegurança	<p>Capacitação de Vigilantes, Medidas Físicas nas Agências (detectores de metais, botões de pânico, rotas de fuga).</p> <p>Confecção de Material Educativo a Ser Entregue aos Usuários, Reforçando que as Decisões Periciais são Institucionais e não Meramente Pessoais</p> <p>Entrega Remota de Resultados Periciais</p>	<p>Falta de Interesse Político</p> <p>Custos Envolvidos</p> <p>Muitas Agências não Comportam Grandes Mudanças Estruturais</p>
Falta de Autonomia no Trabalho/Opressão	<p>Redução da Interferência das Vias Recursais em Matéria Exclusivamente Médica</p> <p>Confecção e Atualização de Manuais Técnicos de Conduta, com Ampla Participação dos Peritos</p> <p>Priorização da Qualidade das Perícias em Detrimento do Número de Perícias Imposto</p>	<p>Custos Envolvidos</p> <p>Necessidade de Contratação de Mais Peritos Médicos</p>
Ambiente Desconfortável	<p>Adequação do Mobiliário</p> <p>Melhorias nos Sistemas Informatizados, Arquivamento Digital, etc</p>	<p>Custos envolvidos</p> <p>Trâmites Burocráticos Necessários à Contratação de Pessoal Especializado</p> <p>Necessidade de Envolvimento dos Setores Institucionais de Tecnologia da Informação</p>
Falta ou Carência de Capacitação Profissional	<p>Estabelecimento de Programas de Aperfeiçoamento e Capacitação Regulares, tanto em Aspectos Médicos quanto Legislativos</p> <p>Elaboração, Atualização e Difusão de Manuais Técnicos que Subsidiem as Decisões Periciais</p>	<p>Custos Envolvidos</p> <p>Interrupção das Perícias nas Datas dos Cursos/Treinamentos</p> <p>Limitações Técnicas dos Próprios Manuais em Questões Subjetivas</p>
Falta de Programas de Promoção de Saúde e Identificação Precoce de Ansiedade/Adoecimento Mental	<p>Estabelecimento de Programas de Promoção de Saúde</p> <p>Consolidação dos Exames Periódicos como Ferramenta de Identificação Precoce para o Tratamento de Transtornos Mentais</p>	<p>Custos Envolvidos</p> <p>Carência de Pessoal</p> <p>Potencial Resistência de Setores de Gestão em Externar uma Realidade de Adoecimento Decorrente de Situações de Trabalho</p>
Adaptado de "Work related stress - together we can tackle it", disponível em http://www.hse.gov.uk/stress/standards/		

O presente estudo também buscou analisar o nível de concordância entre a pontuação da EEO com a percepção subjetiva de ansiedade. A este respeito, foi possível constatar que, em ambos os grupos, aqueles que foram classificados como ansiosos pela EEO também se consideraram ansiosos em suas percepções subjetivas. Isto demonstra uma boa concordância entre os critérios objetivos ora empregados (escores) com a vivência e percepção subjetiva de ansiedade por parte dos médicos peritos.

As duas últimas perguntas do QEPM objetivaram identificar aqueles que, em decorrência do estresse, ansiedade e outras percepções negativas acerca da atividade laboral, estivessem dispostos a desistir ou migrar para uma carreira mais atraente. Em outras palavras, procuraram, de forma implícita, determinar se os fatores psicológicos negativos pudessem levar os peritos a não mais priorizar a luta por melhorias na carreira, mas sim a abandoná-la. O desinteresse em reivindicar ou lutar por melhorias pode representar não apenas um estágio mais avançado de acometimento psicológico, mas também uma maior probabilidade de distanciamento afetivo patológico, característico dos quadros de Burn-Out³⁷. Novamente, o grupo de PMP demonstrou maiores intenções de deixar a carreira e maior grau de arrependimento quanto ao ingresso na carreira pericial. Tais achados contribuem para determinar a gravidade da situação, pois o distanciamento, o desgosto, a desmotivação e o arrependimento são fatores psicológicos negativos relacionados com o desenvolvimento de Burn-Out³⁷.

Ainda que aponte claramente que os PMP estão inseridos em um contexto laboral fortemente insalubre, o presente estudo apresenta algumas limitações, sendo as principais o pequeno tamanho de amostra do GC e a impossibilidade de testar

hipóteses associativas, fato inerente ao desenho transversal. Ainda assim, propicia a formulação de diversas hipóteses de causalidade entre aspectos específicos do ambiente de trabalho pericial e o desenvolvimento de sintomas de estresse. Tais hipóteses podem ser testadas futuramente em estudos analíticos, observacionais ou intervencionistas, complementando e atribuindo o peso de cada fator no desencadeamento do estresse, e ao mesmo tempo controlando potenciais variáveis de confundimento. Mesmo com as limitações metodológicas, resta clara a associação entre os ambientes e condições de trabalho inadequadas dos PMP e a maior presença de sintomas de estresse nos mesmos.

Conclusões

Os PMP apresentam níveis de estresse, desmotivação e prejuízo de competências profissionais alarmantemente maiores que os demais peritos médicos avaliados. As razões para tais achados passam por questões organizacionais e administrativas, como volume excessivo de trabalho, multiplicidade de atribuições do cargo, insegurança, falta de apoio institucional, de programas de capacitação, de autonomia profissional e de adequações ergonômicas. A partir destes achados, fomos capazes de propor mudanças organizacionais, legais e institucionais, no sentido de resguardar a saúde dos PMP e, por decorrência, evitar prejuízos ao erário e aos cidadãos beneficiários dos serviços da Previdência Social do Brasil.

Referências

1. BRASIL. Presidência da República. Lei, de 02 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre a estruturação da carreira de perito médico previdenciário, no âmbito do quadro de pessoal do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 fev. 2009.
2. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO. Cresce violência contra médico. 2007. Disponível em: <http://cremepe.org.br/2007/09/24/cresce-violencia-contra-medicos>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
3. PF PRENDE homem acusado de agredir perito do INSS no ES. 2006. Disponível em: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,pf-prende-homem-acusado-de-agredir-perito-do-inss-no-es,20060904p29896>>. Acesso em: 10 mar. 2015.
4. APOSENTADA acusa perito do INSS de agredir a filha com deficiência intelectual. 2014. Disponível em: <http://www.gazetaonline.com.br/_conteudo/2014/01/noticias/cidades/1476463-aposentada-acusa-perito-do-inss-de-agredir-a-filha-com-deficiencia-intelectual.html>. Acesso em: 10 mar. 2015.
5. PF INVESTIGA tentativa de homicídio contra perito do INSS em Inhapi. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mg/vales-mg/noticia/2015/09/pf-investiga-tentativa-de-homicidio-contra-perito-do-inss-em-inhapim.html>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

6. SHI, J. et al. The frequency of patient-initiated violence and its psychological impact on physicians in china: a cross-sectional study. PLoS One. San Francisco, v. 10, n. 6, p. e0128394, Jun. 2015.
7. SAEKI, K. et al. Work related aggression and violence committed by patients and its psychological influence on doctors. J Occup Health, Tokyo, v. 53, n.5, p. 356-64, Aug. 2011.
8. BRASIL. Tribunal de Contas da União. Concessão e manutenção dos benefícios auxílio doença. Brasília: TCU, 2010.
9. De BOER, W. E. L. et. al. Enquête Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium: Medical Work Disability Criterion Survey. TBV, 1996.
10. BRENNINKMEIJER, V.; LAGERVELD, S. E.; BLONK, R. W. B. Moeilijk objectieveerbare klachten in de praktijk van de bedrijfs- en verzekeringsarts een empirisch onderzoek: complaints in the practice of company doctors and insurer's medical advisers that are hard to assess objectively: an empirical study. [S.L.]: TBV, 2006.
11. De BONT, A. et al. Limited control of information for work disability evaluation. Ned Tijdschr Geneeskd, Rotterdam, v. 146, n. 1, p. 27-30, Jan. 2002.
12. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm
13. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp142.htm
- 14 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm

15. PASCHOAL, Tatiane e TAMAYO, Álvaro. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2004, vol.9, n.1, pp.45-52. ISSN 1678-4669.

16-<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL44369-5598,00-APOS+MORTE+DE+MEDICO+INSS+TERA+REFORCO+NA+SEGURANCA.html>

17. ROSNER, B. - Fundamentals of Biostatistics - Boston, PWS Publishers, Second edition, 1986, 584pp.

18 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm

19 [http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/438067/RESPOSTA_RECURSO_2_manualpericiamedica%20\(1\).pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/438067/RESPOSTA_RECURSO_2_manualpericiamedica%20(1).pdf)

20 Zhou X, Pu J, Zhong X, Zhu D, Yin D, Yang L, Zhang Y, Fu Y, Wang H, Xie P; China Neurologist Association. Burnout, psychological morbidity, job stress, and job satisfaction in Chinese neurologists. *Neurology*. 2017 May 2;88(18):1727-1735. doi: 10.1212/WNL.0000000000003883. Epub 2017 Apr 5. PubMed PMID: 28381514.

21 Imo UO. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: a systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bull*. 2017 Aug;41(4):197-204. doi: 10.1192/pb.bp.116.054247. Review. PubMed PMID: 28811913; PubMed Central PMCID: PMC5537573.

22 Kacenebolenbogen N, Offermans AM, Roland M. [Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions]. Rev Med Brux. 2011 Sep;32(4):413-23. Review. French. PubMed PMID: 22034774.

23 De Vogli R, Ferrie JE, Chandola T, Kivimäki M, Marmot MG. Unfairness and health: evidence from the Whitehall II Study. J Epidemiol Community Health. 2007 Jun;61(6):513-8. PubMed PMID: 17496260; PubMed Central PMCID: PMC2465722.

24 Ptáček R, Vňuková M, Raboch J. [Work-related stress and mental health - can work lead to mental disorders?]. Cas Lek Cesk. 2017 Spring;156(2):81-87. Czech. PubMed PMID: 28508659.

25 Healthy work, productive workplaces: why the UK needs more good jobs – David Coats, Catherine Max, 2005 - http://theworkfoundation.com/Assets/PDFs/Healthy_Work.pdf

26 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/209782/hwwb-working-for-a-healthier-tomorrow.pdf

27 “Work related stress - together we can tackle it”, disponível em <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/>

28 Marsh, D. T. (1996). Marilyn . . . and other offspring. Journal of the California Alliance for the Mentally Ill, 7(3), 4–6.

29 Newman, R. (2003). Providing direction on the road to resilience. *Behavioral Health Management*, 23(4), 42–43.

30 https://www.bkconnection.com/static/The_Resiliency_Advantage_EXCERPT.pdf

31 Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017 May 22. pii: S0964-3397(16)30145-8. doi: 10.1016/j.iccn.2017.04.010. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 28545878.

32 Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;32(1):44-53. doi: 10.1176/appi.ap.32.1.44. Review. PubMed PMID: 18270280.

33. Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F, Rescigno G, Fioravanti M. [Violence on health care workers]. *Clin Ter*. 2017 Mar-Apr;168(2):e99-e112. doi: 10.7417/CT.2017.1990. Italian. PubMed PMID: 28383621.

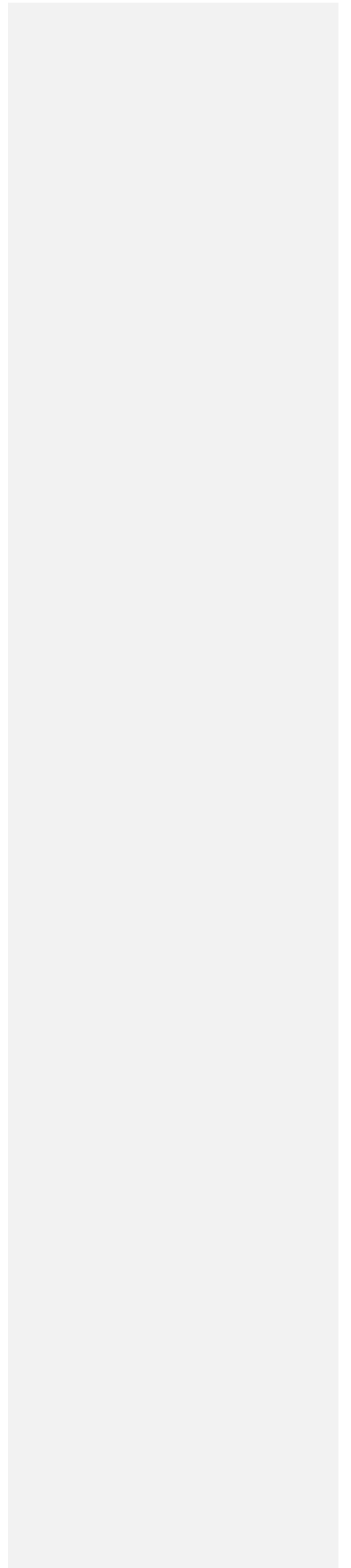
34. Irinyi T, Németh A. [Violent acts against health care providers]. *Orv Hetil*. 2016 Jul;157(28):1105-9. doi: 10.1556/650.2016.30480. Review. Hungarian. PubMed PMID: 27397422.

35. Baydin A, Erenler AK. Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. *Int J Emerg Ment Health*. 2014;16(2):288-90. Review.

PubMed PMID: 25585480.

36. http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/1_121220-102751-326.pdf

37. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. Mountain View, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.



Anexo I - Questionário de Estresse dos Peritos Médicos (QEPM).

Prezado(a) colega, estou executando um projeto de pesquisa que pretende verificar se há diferenças na incidência de transtornos e sintomas de ansiedade entre os Peritos Médicos Previdenciários e outros médicos que realizam perícias em servidores públicos. A pesquisa comporá dissertação de mestrado. Peço-lhe a gentileza de preencher o formulário e responder às seguintes perguntas. Informo que as informações são prestadas com resguardo de absoluto anonimato, e servirão tão-somente para a composição e análise estatística.

Favor enviar o formulário para af.ortopedia@gmail.com

Desde já, agradeço sua colaboração.

QUESTIONÁRIO

#Cargo:

Órgão ou instituição em que trabalha:

Há quanto tempo trabalha no atual cargo:

() Menos de 1 ano

() Entre 1 e 3 anos

() Entre 3 e 5 anos

() Entre 5 e 10 anos

() Mais de 10 anos

Tempo aproximado que gasta no trajeto casa-trabalho:

Meio de transporte que mais utiliza no trajeto casa-trabalho:

() Carro

() Ônibus

() Bicicleta

() A pé

() Outros: _____

Idade:

Gênero:

Estado Civil:

Número aproximado de perícias que realiza por semana: _____

1) Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de seu trabalho. Por favor, leia cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	1	2	3	4	5
O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	1	2	3	4	5
A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	1	2	3	4	5
Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5
Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	1	2	3	4	5
Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	1	2	3	4	5
A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	1	2	3	4	5
Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	1	2	3	4	5
Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	1	2	3	4	5
Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	1	2	3	4	5

Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1	2	3	4	5
Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	1	2	3	4	5
Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	1	2	3	4	5
Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	1	2	3	4	5
As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado	1	2	3	4	5
Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	1	2	3	4	5
A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	1	2	3	4	5
A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	1	2	3	4	5
Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	1	2	3	4	5
O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	1	2	3	4	5
Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	1	2	3	4	5

2) De modo geral, como você classifica suas atividades habituais no presente momento? (mais de uma resposta pode ser assinalada)

- () Motivantes
- () Cansativas
- () Frustrantes
- () Estressantes
- () Recompensadoras
- () Monótonas e entediantes

() Monótonas, porém sem causar sentimentos mais expressivos de apreço ou desapeço.

3) De modo geral, como você classifica seu ambiente de trabalho no presente momento? (mais de uma resposta pode ser assinalada)

- () Seguro
- () Inseguro
- () Aconchegante ou confortável
- () Desconfortável ou anti-ergonômico
- () Opressor
- () Livre, permitindo exercer plenamente minha autonomia profissional

4) De modo geral, você sente alterações em seu estado de humor, quando comparado com a época em que você iniciou suas atividades como perito?

- () Não, meu estado de humor não se alterou ao longo do tempo.
- () Sim, eu me sentia mais animado(a), mais bem humorado(a) no início.
- () Sim, eu me sinto mais animado(a), mais bem humorado(a) agora.

5) De modo geral, você sente alterações do seu nível de estresse/ansiedade, quando comparado com a época em que você iniciou suas atividades como perito?

- () Não, meu nível de estresse ou ansiedade não se alterou ao longo do tempo.
- () Sim, estou mais estressado ou ansioso agora do que no passado.
- () Sim, sinto-me menos estressado ou ansioso agora do que no passado.

6) Como descreve seu estado emocional atualmente em relação ao trabalho?

() Estou com minha situação emocional estável, pois sinto que meu "emocional" está bem ajustado com meus trabalhos periciais.

() Meu "emocional" está um pouco abalado com as intempéries de minha função, mas consigo conviver razoavelmente bem com isso.

() Estou muito desgastado emocionalmente.

7) Caso você tenha sentido perda da motivação com o trabalho, você acha que isto pode ter causado prejuízos aos destinatários dos seus serviços ou à instituição onde você trabalha?

() SIM.

() NÃO.

8) Você sente que, ao longo do tempo, sua competência ou sucesso no trabalho foram afetados?

() Sim, sinto que minha competência para as tarefas e o sucesso do meu trabalho diminuíram.

() Não.

9) Se você pudesse voltar atrás, teria escolhido outra atividade, que não a pericial?

() SIM.

() NÃO.

10) Tem intenção de abandonar a carreira pericial, caso surja outra oportunidade de trabalho com vencimentos e condições semelhantes?

() SIM.

() NÃO.

Decision Letter (CLINICS-2017-0428.R2)

From: clinics@hc.fm.usp.br
To: joagtm@yahoo.com.br
CC: clinics@hc.fm.usp.br
Subject: CLINICS - Decision on Manuscript ID CLINICS-2017-0428.R2
Body: 22-May-2018

Dear Dr. Marchioni:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Evaluation of Job Related Anxiety Symptoms Among Brazilian Social Security Medical Experts" for publication in CLINICS.

The publication fee for this article is R\$ 1.500,00. Please print this letter, complete and sign the DECLARAÇÃO below and return it attached to an email to our Editorial Office (clinics@hc.fm.usp.br).

As stated in our Instructions to Authors (www.clinics.org.br), please send the current version of your manuscript to the company American Journal Experts (AJE) for revision. We have been working with AJE for many years and are very satisfied with the quality of their work. Premium Editing is mandatory and you are entitled to a 20% discount. Please make sure you send all sections related to the manuscript for revision: title, running title, abstract, authors contributions, text, references, tables, legends and supplemental material that you wish to publish. All manuscripts should use American English spelling.

Website: <https://www.aje.com>
Discount code: CLINICS2018

If you have any doubts, please contact Flavia Jaszcak (support@aje.com).

The final version (with all highlighted comments and alterations performed by AJE) and the AJE certificate must be sent to clinics@hc.fm.usp.br as soon as possible so that we can proceed with the publication of your article.

Deadline: 25 calendar days

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editorial Board of CLINICS, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
Edmund Barakat
Editor, CLINICS
www.clinics.org.br

2. Departamento de Medicina Especializada, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. E-mail: fabiopetersen@yahoo.com.br Tel: +55-27-99602-5771
3. Departamento de Clínica Médica, Programa de Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. E-mail: lilianecalil@ig.com.br Tel: +55-27-98135-9800
4. Curso de Graduação em Medicina, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória, Vitória, Brasil. E-mail: jessica_bastosgarcia@hotmail.com Tel: +55-28-99939-6638
5. Associação Nacional de Medicina do Trabalho, Vitória, Brasil. E-mail: juliano.pina@gmail.com Tel: +55-27-99992-9027

Running Title: Job Related Anxiety Medical Experts

Correspondence:

João Guilherme Tavares Marchiori
 Programa de Pós Graduação em Medicina, Mestrado Profissional em Medicina, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
 Endereço: Av. Marechal Campos, 1355 - Santa Cecilia, Vitória - ES, Brasil. CEP: 29043-260.
 Telephone number: +55-27-4009-2343 Mobile: +55-27-99231-3576
 E-mail: joaogtm@yahoo.com.br

The authors declare they did not receive any funds or sponsorship for producing this manuscript.

Author 1 participated on the conception, planning, analysis, acquisition and interpretation of data and writing the work. He also approved the final version to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any of its parts was appropriately investigated and resolved.

Author 2 participated on the conception, acquisition and interpretation of data and writing the work. He also approved the final version to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of its parts was appropriately investigated and resolved.

Author 3 participated on the conception, interpretation of data and revising it critically for importante intelectual content. She also approved the final version to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any of its parts was appropriately investigated and resolved.

Author 4 participated on the acquisition of data and writing the work. She also approved the final version to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work in

ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any of its parts was appropriately investigated and resolved.

Author 5 participated on the acquisition of data and writing the work. He also approved the final version to be published and agreed to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any of its parts was appropriately investigated and resolved.

ABSTRACT

The medical-expert act within the scope of the Brazilian Social Security consists of the medical evaluation of the examinee, to draw a conclusive opinion on the work capacity and characterization of disability for social security and assistance purposes. Forensic decisions inevitably converge on two opposites: concession or refusal. The rejection goes against the interests of the candidates, who can project their disappointment and dissatisfaction on the professional, exposing the latter to potentially stressful situations. **Objectives:** the present study aimed to determine if the prevalence of stress and anxiety symptoms is higher in the Social Security Medical Experts, when compared to medical experts from other public careers. It also intended to list organizational changes aimed at the preservation and recovery of the mental health of medical experts. **Methods:** The evaluation was made through a specific, previously validated job related stress questionnaire and a series of questions about subjectives perceptions on work performance, labor stressors and emotional status. **Results:** we found overwhelming and alarming prevalence of stress and dissatisfaction related to occupational aspects among social security experts, culminating, in many cases, with emotional exhaustion, characteristic of Burnout Syndrome. **Conclusion:** there is a high prevalence of job related stress among social security doctors in Brazil, warranting implementation of specific

measures in order to ensure the adequate provision of social security services to the population, thus avoiding social injustice and damage to the erary.

INTRODUCTION

The Brazilian Social Security is the institution responsible for the provision of public health services, social assistance and pecuniary benefits to protect workers and their families. The granting of the benefits almost always depends on the discretion of an expert, culminating with a conclusion on the capacity for work and characterization of disability for public insurance reimbursements and social assistance purposes (1). The traditional paradigm of the diagnosis, prevention or treatment of the diseases, inherent to the medical assistance, does not apply to the expert duty. Otherwise, the expert evaluate the repercussion of disease or injury already diagnosed in the laborer's working capacity. The focus is on clarifying legal implications, especially on the recognition of rights and the establishment of causal relationships. It is up to the Social Security Medical Experts (SSME) to decide whether or not there is an impairment of working capacity; if such impairment results in partial or total incapacity, temporary or permanent, for all activities or for one or some specific duties (2,3) Besides all this, SSME analyze convenience and legitimacy of conceding social security benefits arising from functional or anatomical sequelae, tax exemptions due to debilitating diseases, pregnancy-related licenses, characterization of disability for special retirement purposes and social assistance benefits for those in extreme poverty and unfit for acts of civil life (4-6). The importance of the social security in Brazil can be outlined by the amount of grants conceived. Only in 2015,

grants for temporary disability from disease summed 15.588.262, with a cost of almost 19 billion of reais (6).

This wide range of assignments has the potential to cause work overload, stress, anxiety and fatigue, as documented in other careers professionals, with consequences that affect not only the professional, but also their families and patients (7-9). In addition to the multiplicity of assignments, which in itself is already a possible factor generating occupational stress, the decisions that unmatch the examinee's expectations eventually generate situations of verbal and physical violence, producing harmful and potentially serious psychological impacts (10,11).

In addition to the cumulative effect the hostility against SSME, there are several acute violence situations of greater and immediate proportions shown by the media (12-16). The possibility of underreporting the violence must also be considered, as is often the case in health services (17-19). Underreporting by the victims, whether for fear of retaliation, lack of support from the institution or a desire to avoid reliving unpleasant situations, causes repression of negative anxieties and emotions, which potentially contributes to the aggravation of stress and the development of mental diseases in the long term (10,11).

Considering the economic magnitude involved on the public insurance concessions (20) and that impartiality, which is essential to the expert activity, can be affected by psychiatric disorders arising from the threats and other forms of violence, it is essential to ascertain the public experts' mental health, in order to ensure the quality of this essential service (21-23).

The main objective of this study is to identify the prevalence of anxiety symptoms in the Social Security Medical Experts, comparing them to medical experts from other public careers. In addition, it is also intended to analyze the degree of correlation of a work stress assessment questionnaire (WSAQ) with subjective perceptions of stress and anxiety. Finally, we were able to draw some specific recommendations in order to attenuate the impact of occupational stressors on the health of the public experts.

MATERIALS AND METHODS

In this cross-sectional study, two comparison groups were created, one consisting of the Social Security Medical Experts of the National Social Security Institute (Investigation Group) and the other consisting of medical experts, also public statutory employees, from other careers (Comparison Group). The Comparison Group (CG) encompasses experts from Institute for Social Security of Espírito Santo State Employees (IPAJM) and other local based government facilities, which perform expert assessment in the federal civil employees, known as SIASS (Integrated Subsystem of Attention to Server's Health). Informed consent was provided, read and signed by all participants.

Participants were given a validated work stress assessment questionnaire (24) **(WSAQ - Appendix 1)**, as well as 9 questions about subjective perceptions regarding stress, work environment, career, future professional perspectives and evolution of motivation and competence overtime. The complete research form, called the Medical Experts' Stress Questionnaire (MESQ), was applied between

February and June 2017 and is found in **Appendix I**. The WSAQ is composed by 23 statements to be rated as 1 to 5, depending on the level of agreement. It was considered a stressful situation every time the arithmetic mean was greater than or equal to 2.5 (24). The evaluation proceeds to items 2 and 3 of the MESQ, which address the professional activities and work environments, respectively. Questions 4 to 8 surveyed the temporal evolution of stress or anxiety, motivation, competence and career success and were intended to assess whether negative psychological factors caused impacts or losses to users of the social security system. More specifically, question 6 sought indications of significant emotional impairment, but still controlled by internal mechanisms (second response option), or even marked emotional exhaustion (third response option), which could support the diagnosis of Burnout.

Of the 74 SSMEs active in State of Espírito Santo, Brazil, 65 returned surveys. In the CG, we obtained responses from 21 of the 24 physicians working at IPAJM and SIASS. Those who worked simultaneously for Social Security and SIASS were excluded from the study.

The identification variables were submitted to statistical analysis using Student's t-test, Chi-square test, Mann-Whitney non-parametric test and Fisher's exact test (25). The weekly number of medical exams were analyzed by the non-parametric Mann-Whitney Test, as well as all situations in the WSAQ. Fisher's exact test and chi-square test were applied to the subjective perceptions about the work routine and the work environment, considerations on loss of motivation, desire to change career or intention of giving up, reduction of competence and career success perceptions. Chi-

square test was utilized for assessment of evolutionary state of mood, anxiety, stress and emotional exhaustion. The software used for calculation was SPSS 17.0 for Windows and values of less than or equal to 0.05 were considered statistically significant for all variables.

Initially all variables were analyzed descriptively. For quantitative variables, the analysis process was done by observing the minimum and maximum values, and the calculation of means, standard deviations and medians. For qualitative variables, relative and absolute frequencies were calculated. The Student t test was used to compare the mean age of the two groups. The comparison regarding the scores was performed using the non-parametric test of Mann-Whitney (25) and for the comparison of three groups the Kruskal-Wallis non-parametric test, because the assumption of data normality was rejected. To test for homogeneity between proportions, the chi-square test or Fisher's exact test was used. The study was approved by local research ethics boards and directors of public agencies involved.

RESULTS

The present study showed higher overall WSAQ scores among the SSME, indicating that, in general, these professionals are more anxious than those in the comparison group. The subjective perceptions regarding stress, anxiety, demotivation, reduction of competence, harm to users of social security services, regret and intention to abandon their career were also more present among Social Security experts. The demographic variables, means of transportation used for commuting and time of travel between home and workplace did not differ between the groups. It was

observed that the SSMEs had a longer career, with 84.6% of them working for 5 years or more, compared to only 52.4% in the CG. In the IG, no participant were on duty for less than 3 years, against 42.9% in the GC. Regarding the number of weekly medical exams, we observed that the SSMEs performed, on average, 62.09 tests, against 24.1 by other experts, with $p < 0.001$ (Table 1).

Table 1: Identification Data and Weekly Number of Medical Exams (n=86)

		SSME*		
	Total (n=86)	No (n=21)	Yes (n=65)	p
Age				
(Mean + - sd)	46,98 ± 10,12	48,48 ± 12,71	46,49 ± 9,19	0,438 ⁽¹⁾
Gender				
Male	52 (60,5%)	16 (76,2%)	36 (55,4%)	0,090 ⁽²⁾
Marital Status				
Single	8 (9,3%)	2 (9,5%)	6 (9,2%)	0,109 ⁽⁴⁾
Married	71 (82,6%)	15 (71,4%)	56 (86,2%)	
Stable Union	1 (1,2%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)	
Divorced	6 (6,9%)	3 (14,3%)	3 (4,6%)	
Working Time (years)				
Less than 1	3 (3,5%)	3 (14,3%)	0 (0,0%)	<0,001 ⁽⁴⁾
1 – 3	6 (6,9%)	6 (28,6%)	0 (0,0%)	
3 – 5	11 (12,8%)	1 (4,8%)	10 (15,4%)	
5 – 10	27 (31,4%)	3 (14,3%)	24 (36,9%)	
More than 10	39 (45,4%)	8 (38,1%)	31 (47,7%)	
Means of Transportation				
Car	81 (94,2%)	20 (95,2%)	61 (93,9%)	0,763 ⁽⁴⁾
Bus	2 (2,3%)	0 (0,0%)	2 (3,1%)	
On Foot	2 (2,3%)	1 (4,8%)	1 (1,5%)	
Motorcycle	1 (1,2%)	0 (0,0%)	1 (1,5%)	
Time Spent to Get to Work (minutes)				
Mean ± sd	25,58 ± 33,25	17,00 ± 10,07	28,35 ± 37,48	0,155 ⁽³⁾
Median	15	15	20	
Number of Exams				
Mean ± sd	52,81 ± 26,68	24,10 ± 18,25	62,09 ± 21,99	<0,001 ⁽³⁾
Median	60	20	75	

* Social Security Medical Expert

(1) Descriptive probability level on Student's t test, (2) Descriptive probability level on chi-square test, (3) Descriptive probability level on Mann-Whitney nonparametric test, (4) Descriptive probability level on Fisher's exact test.

Analysing each individual topic of the WSAQ, the SSMEs showed significantly higher scores regarding the nervousness caused by the distribution of tasks and insufficient time to complete the existing workload; irritation due to the type of control present at work; distress caused by lack of professional autonomy; irritation as a consequence of poor disclosure of organizational decisions; annoyance caused by inadequate treatment or poor communication with the hierarchical superior, need to perform tasks above or below the individual capacity and lack of professional training and updating; the bad mood caused by many hours of work and isolation within the organization; irritation related to unfairness in promotions in the work environment and low valorization by the superiors and to the anguish caused by the few perspectives of career growth.

Moving on to the analysis of subjective, non-quantifiable perceptions regarding usual activities and working environments, we again found differences between the groups. In GI, there were more classifications of activities as tiresome and stressful, and of work environment as unsafe, uncomfortable and oppressive. On the other hand, CG predominantly rated their workplace as safe, cozy and free, providing full professional autonomy (**Table 2**).

Table 2: Absolute and relative distributions of usual activities and work environment, according to the study group.

Variable	Classification	SSME*							
		Total (n=86)		No (n=21)		Yes (n=65)		p	
		n	%	n	%	n	%		

Usual Activities	Motivating	14	16,3	6	28,6	8	12,3	0,096 ⁽²⁾
	Tiresome	50	58,1	4	19,0	46	70,8	<0,001 ⁽¹⁾
	Frustrating	16	18,6	1	4,8	15	23,1	0,103 ⁽²⁾
	Stressful	45	52,3	3	14,3	42	64,6	<0,001 ⁽¹⁾
	Rewarding	13	15,1	5	23,8	8	12,3	0,291 ⁽²⁾
	Monotonous and boring	10	11,6	0	0,0	10	15,4	0,110 ⁽²⁾
	Monotonous	13	15,1	6	28,6	7	10,8	0,076 ⁽²⁾
Work Environment	Safe	14	16,3	10	47,6	4	6,2	<0,001 ⁽²⁾
	Unsafe	55	64,0	3	14,3	52	80,0	<0,001 ⁽¹⁾
	Cozy	12	14,0	8	38,1	4	6,2	<0,001 ⁽²⁾
	Uncomfortable	36	41,9	4	19,0	32	49,2	0,002 ⁽¹⁾
	Oppressor	15	17,4	0	0,0	15	23,1	0,017 ⁽²⁾
	Free	15	17,4	9	42,9	6	9,2	0,001 ⁽²⁾

* Social Security Medical Expert

(1) Descriptive probability level on chi-square test (2) Descriptive probability level on Fisher's exact test.

Regarding WSAQ questions 4 to 8, there was a significant difference in the temporal evolution of the mood state. In the SSMEs, 69.2% reported that they felt more cheerful at the beginning of their careers, against 19.1% in the CG (**Table 3**). In addition, only 20% of the SSMEs reported that their state of humor did not change over time, compared to 61.8% of the experts from the CG. The perception of anxiety has also worsened in 64.6% of SSMEs versus 17.3% in the other experts. SSMEs reported they were emotionally affected or very emotionally worn in 73.8% of cases, while only 14.3% of CG experts said they were somewhat shaken, and none of them considered themselves too worn out. The sensation of reduced success and

competence, addressed in question 8 of the WSAQ, although more prevalent in the SSMEs, did not reach statistically significant difference between the groups (**Table 4**). As for the regret of having joined the career and the intention to leave it, the IG presented a higher prevalence of affirmative answers than in the control group.

Table 3: Absolute and relative distributions of mood evolution, stress level and emotional status according to the study group.

				SSME*						
				Total (n=86)		No (n=21)		Yes (n=65)		
Variable	Classification	n	%	n	%	n	%		P ⁽¹⁾	
Mood Changes Over Time	No	26	30,2	13	61,8	13	20,0	<0,001		
	Better mood in the past	49	57,0	4	19,1	45	69,2			
	Better mood now	11	12,8	4	19,1	7	10,8			
Stress/Anxiety changes over time	No	28	32,6	14	66,7	14	21,5	<0,001		
	More stressed now	45	52,3	3	17,3	42	64,6			
	Less stressed now	13	15,1	4	19,0	9	13,9			
Current emotional status	Stable	35	40,7	18	85,7	17	26,2	<0,001		
	A little shaken	36	41,9	3	14,3	33	50,8			
	Very worn	15	17,4	0	0,0	15	23,0			

* Social Security Medical Expert

(1) Descriptive probability level on chi-square test

Table 4: Absolute and relative distributions of subjective performance perceptions and willingness to leave career

SSME*

	Total (n=86)		No (n=21)		Yes (n=65)		
Variable	n	%	n	%	n	%	p
Harm to third parties	26	30,2	1	4,8	25	38,5	0,004 ⁽¹⁾
Work success affected	15	17,4	1	4,8	14	21,5	0,103 ⁽²⁾
Would choose another career	35	41,2	2	9,5	33	51,6	<0,001 ⁽¹⁾
Would abandon career	37	43,5	2	9,5	35	54,7	<0,001 ⁽¹⁾

*Social Security Medical Expert

(1) Descriptive probability level on chi-square test (2) Descriptive probability level on Fisher's exact test.

When verifying the concordance of the WSAQ scores with the subjective perception of anxiety, 83.33% of the SSMEs deemed anxious by the WSAQ also stated that they felt that anxiety is also higher now than at the beginning of the career. Moreover, of those who were not rated as anxious by the WSAQ, only 41.38% declared themselves more anxious now than in the past. These findings were statistically significant ($p < 0.001$) in the chi-square test. The situation was similar in the CG, where 100% of the participants labeled as anxious by the WSAQ also considered themselves more anxious now than in the past, while among those who not met the criteria for anxiety according to the WSAQ, only 1 expert (5.56 %) declared himself subjectively anxious.

DISCUSSION

SSMEs' mental health is permanently affected by work organization, safety, autonomy and workload issues. The marked differences between the groups reflect a reality that has long been perceived by professionals working in the Brazilian Social

Security, but not demonstrated by scientific means. Many stress variables were found to be present in greater intensity among SSMEs and are not mutually excludent, behaving, in fact, as synergistic actors for the production of anxiety and occupational stress symptoms.

There was a marked excess of weekly medical exams to be accomplished by the SSMEs (**Table 1**), which raises the hypothesis of causality between a greater workload and the development of stress symptoms. In this sense, a timely investigative approach would be the analytical study of cut-offs from which the excess of exams would prone doctors to stress development.

The SSMEs showed significantly higher scores on several WSAQ topics. Such scores objectively express adverse organizational situations, such as the inadequate or non-homogenous distribution of tasks and the multiplicity of assignments, which can be exemplified as evaluation of working capacity, recognition of serious illnesses for tax benefits, granting of subsistence benefits to persons in extreme poverty and social vulnerability, analysis of sequelae compensation benefits, pensions to adults alienated for the acts of civilian life, maternity compensation, analysis and granting of disability retirement and special retirement, professional rehabilitation and reinsertion in the labor market, characterization of deficiencies for the purpose of anticipating retirement, as well as attending to various judicial demands (2-6).

In this unfavorable scenario of excessive professional assignments, it is difficult from a management perspective, to distribute such tasks uniformly to the laborers. As a consequence, some are more intensively subjected to complex or time consuming tasks, others are designated to more stressful tasks, or more insecure, or more bothersome, and so on. This would explain the negative impact of the inadequate task distribution pointed out in the WSAQ. The tasks multiplicity, coupled with

innumerable recursional pathways and freedom for users to schedule medical exams in an unlimited and repeated manner (4) contribute to the establishment of a redundant and excessive workload, also perceived by the experts as an inciting factor of anxiety.

In order to correct such excesses, it is suggested to adopt multi-sectoral measures, such as de-bureaucratization, limitation of recursional pathways and respect for the experts' autonomy in their decisions and competences. Organizational decisions are often carried out through normative directions and instructions, memoranda, decrees, and laws. Keeping completely updated is virtually impossible, given the already existent workload. SSMEs must simultaneously deal with the constant demand for legislative and medical updates, which probably contributes to the subjective perception of overload and stress. This reality is externalized by means of significantly higher scores related to deficiency in the dissemination of organizational decisions and training for professional qualification. Indeed, it would be interesting to spread the central content of normative changes through constant training, with practical and usual situations, combined with proper continued medical education programs.

Still referring to the questionnaire, problems were detected in the web of interpersonal relationships, with negative perceptions about pressures, lack of recognition, undervaluation and bad treatment by hierarchical superiors. The nature of the tasks assigned to the professionals by their managers, whether above or below their cognitive abilities, may represent a risk factor for the increase of anxiety symptoms, as well as a perception of favoritism devoid of merit among coworkers (26). Negative considerations of workers towards their superiors have been identified and can now be addressed with proper strategies.

Individual perceptions regarding professional activities and work environments (**Table 2**), undoubtedly exposed the antagonistic situation experienced by the two groups. Thus, it is fully conceivable that stressful activities and insecure, uncomfortable and oppressive environments may generate anxiety and stress. Therefore, it is essential to propose interventions aimed at improving the safety, ergonomics and autonomy, as integrated solutions to reduce anxiety and stress. Special mention should be given to the oppression reported by many SSMEs. It is known that the internal courts of appeal, which have deliberative power, are composed of several non-medical professionals. In other words, appeals are judged, albeit not exclusively, by professionals not graduated in the medical field. Thus, any changes of forensic decisions may be perceived negatively by experts, as a violation of their freedoms and competences.

We found that the passage of time negatively affected the mood, so that 23% of the SSMEs (15 experts) were already very emotionally worn out, and 60% of those (9 experts) even believed that their emotional impairment could have caused harm to users. The remarkable emotional exhaustion and the possibility of injury to third parties are two essential components for the diagnosis of Burnout (27).

Stressful routines are known risk factors for the development of anxiety and mood disorders, specially when dealing with a population that is both client and patient (27), and outline a reasonable scenario of depression arising from chronic stress, ultimately confirming that mental disorders commonly present a causal interface related to work practice (27). Changes should be guided by identification of occupational risk factors that are known to affect mental health. These are mainly insecurity, repetitiveness and monotony of tasks, lack of autonomy and control, imbalance between effort and reward (not only the income, but also satisfaction upon

completion of important tasks), lack of support from the institution and a sense of injustice or unfair favoritisms (28). A large British study on the health status of the economically active population has adopted the perspective that health and well-being at work not only reduce absenteeism but also improve productivity and profitability and, therefore, should be always implemented, even though they demand high investments from employers (28). In the social security system, productivity and profitability could be better called as economicity and efficiency, two of the fundamental principles with which employees should exercise their public assignments. Although there are many particularities of each organizational environment and productive sector, there are six major stressors (demands, control, support, relationships, skills / assignments and organizational changes), suited to tailor a more specific strategy in any work environment (29).

Back to the SSMEs' particular situation, a strategic plan should address specific stressors on the social security environment, identified by analysis of WSAQ and Table 3. Thus, the sense of insecurity can be ameliorated by an increase in the number and training of defenders; by the establishment of architectural adaptations to provide escape routes, to physically separate the main circulation areas between laborers and the public; by the installation of panic buttons and other security devices. Lack of autonomy, in turn, must be treated by increasing expert freedom in their decisions, eliminating inappropriate interference by management instances. Improvements in professional qualification is another aspect to be addressed, since trained professionals feel more secure in their decisions, which may play a role on stress prevention. It is also necessary to implement preventive health promotion programs, as well as strategies aimed at early identification of mental illness, in order to avoid harm to laborers, errary and citizens.

The development of support systems to the experts' mental health must follow a step-by-step approach, involving research, consulting, and active participation of employees, to enable the identification of risk factors, their causes, prevention modalities, with the consequent establishment of goals, objectives and results assessment tools.

Although stress situations can be minimized through the proposed approach, it is virtually impossible to create armored work environments from any stress-generating factors, since, essentially, public and private institutions always deal, directly or indirectly, with goals, deadlines, responsibilities and conflicts of interest. Thus, it is essential that experts be offered adequate psychological support, aimed at the development and improvement of resilience.

The present study also verified the level of agreement between the WSAQ score and the subjective perception of anxiety. In IG, 83.3% of those who scored at or above 2.5 also said they were more anxious now than in the past. An analogous situation was observed in the CG, in which 100% of those classified as anxious by the WSAQ were also considered anxious from a subjective perspective. This shows a good agreement between the objective criteria used (scores) with the experience and subjective perception of anxiety by the medical experts.

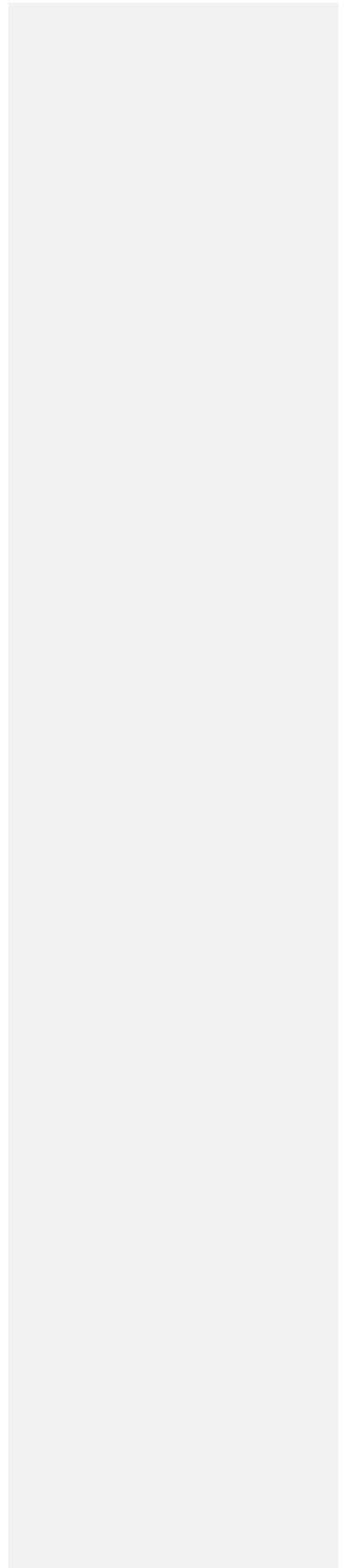
The last two MESQ questions aimed to identify those who, due to stress, anxiety and other work-related negative perceptions were willing to give up or migrate to a more attractive career. In other words, they sought, implicitly, to determine whether negative psychological factors could lead the experts to no longer prioritize the struggle for career enhancement, but rather to abandon it. The lack of interest in claiming or striving for improvements may represent not only a more advanced stage of psychological involvement, but also a greater probability of pathological affective

distancing, characteristic of Burnout's pictures (30). Again, the SSMEs group showed greater intentions to leave the career and greater degree of regret. Such findings contribute to outline the severity of the situation, since distancing, disgust, demotivation and regret are negative psychological factors related to the development of Burnout (30).

Although it is clear that SSMEs are inserted in a highly unhealthy work context, the present study has some limitations, the main ones being the small size of the CG and the impossibility of testing associative hypotheses, a fact inherent to its transversal design. Nevertheless, it allows for the formulation of several hypotheses of causality between specific aspects of the expert work environment and the development of stress symptoms. Such hypotheses can be tested in analytical, either observational or interventional studies in the future, complementing and assigning the weight of each factor in the triggering of stress, and at the same time controlling potential confounding variables. Even with methodological limitations, it is clear the association between inadequate working conditions of SSMEs and the greater presence of stress symptoms. Another limitation may be the differences in career duration. It was observed that the SSMEs had a longer career, with 84.6% of them working for 5 years or more, compared to only 52.4% in the CG. In the SSME group, no participants were on duty for less than 3 years, against 42.9% in the GC. These findings could influence the incidence and severity of stress. We hypothesize that longer careers can be a protective factor against stress, since it allows the improvement of adaptation and resilience techniques, or even a causal factor, if these same defense mechanisms do not develop adequately at the individual level. There is also the possibility that career length does not influence stress incidence

and severity. This issue could be better addressed in studies where analytical methods allow proper control of all variables.

In summary, PMPs showed alarmingly higher levels of stress, demotivation and performance impairment in comparison to the other medical experts evaluated. The reasons for such findings include organizational and administrative issues, such as excessive workload, multiplicity of assignments, insecurity, lack of institutional support, training programs, professional autonomy and ergonomic inadequacies. Based on these findings, we were able to draw recommendations encompassing the six major occupational stressors (29). In this way, when it comes to the “demands” issue, there must be an effort to distribute homogeneously the tasks, which avoids work monotony and concentration of workload exclusively on stressful tasks. Considering the “control” issue, it is recommended to reinforce the autonomy and freedom to the experts decisions. For the “support” and “relationships” questions, it is worth implementing preventive health promotion programs and mental illness early detection programs, as well as group dynamics aiming at motivation and development of psychological techniques to cope with stress. When dealing with “skills” and “assignments” topics, it is important to implement continued medical education programs, focused on real case discussions and constant updates on laws and official normative instructions. Finally, “organization” issues can be addressed by means of improvements in workplace security, limitation of recursion pathways, de-bureaucratization and protection of experts against verbal or physical aggression. These changes can work as protective measures against occupational stress, ultimately improving efficiency and, as a consequence, have the potential to avoid harm to the public purse and the beneficiaries of the Brazilian Social Security services.



Appendix 1

Work Stress Assessment Questionnaire (first part of Medical Experts' Stress Questionnaire)										
Role:				Age				Gender (M/F) ()		
Work institution:				Marital Status:				Number of Medical Exams per Week		
Time to get to work (min):				Preferred Means of Transportation:						
Career Length (yr)		<1 ()		1-3 ()		3-5 ()		5-10 ()		>10 ()
1) Below are listed several situations that can occur in your work routine. Please read each statement and use the scale below to give your opinion on each one:										
1: Strongly Disagree		2: Disagree		3: Partially Agree		4: Agree		5: Strongly Agree		
1A	The way tasks are distributed in my area has made me nervous									
1B	The type of control in my work irritates me									
1C	The lack of autonomy in the execution of my work has been exhausting									
1D	I have been uncomfortable with my superior's lack of confidence in my work									
1E	I am irritated by the lack of information on organizational decisions									
1F	I feel bothered by the lack of information about my tasks at work									
1G	The lack of communication between me and my co-workers makes me angry									
1H	I feel bothered by my superior treating me badly in front of co-workers									
1I	I feel uncomfortable having to perform tasks that are beyond my capacity									
1J	I am in a bad mood about having to work for many hours									
1K	I feel uncomfortable with the communication between me and my superior									
1L	I am irritated with discrimination / favoritism in my work environment									
1M	I have been bothered by the lack of professional training offer									
1N	I am in a bad mood because I feel isolated in the organization									
1O	I get annoyed at being undervalued by my superiors									
1P	The few prospects for career growth have made me anguished									
1Q	I have been bothered by working on tasks below my skill level									
1R	Competition in my work environment has left me in a bad mood									
1S	Lack of understanding of my responsibilities in this job has caused irritation									
1T	I have been nervous because my superior gave me contradictory orders									
1U	I feel annoyed by my superior to cover up my work well done to other people									
1V	Insufficient time to accomplish my workload makes me nervous									
1X	I am annoyed by my superior to avoid entrusting me with important responsibilities									

Questions 2-9 (second part of Medical Experts' Stress Questionnaire).			
2) In general, how do you classify your usual activities at present? (more than one answer may be ticked)			
<input type="checkbox"/> Motivating	<input type="checkbox"/> Frustrating	<input type="checkbox"/> Rewarding	<input type="checkbox"/> Monotonous, but without causing more expressive feelings of appreciation or disapproval
<input type="checkbox"/> Tiring	<input type="checkbox"/> Stressing	<input type="checkbox"/> Monotonous and Boring	
3) In general, how do you rate your work environment at present? (more than one answer may be ticked)			
<input type="checkbox"/> Safe	<input type="checkbox"/> Unsafe	<input type="checkbox"/> Cozy or comfortable	
<input type="checkbox"/> Uncomfortable or anti-ergonomic	<input type="checkbox"/> Oppressor	<input type="checkbox"/> Free, allowing me to fully exercise my professional autonomy	
4) In general, do you feel changes in your mood when compared to the time you started your activities as an expert?			
<input type="checkbox"/> No, my mood has not changed over time.	<input type="checkbox"/> Yes, I felt more excited, more humorous at first.	<input type="checkbox"/> Yes, I feel more excited, better humorous now.	
5) In general, do you feel changes in your stress/anxiety level when compared to the beginning of your career?			
<input type="checkbox"/> No, my stress or anxiety level did not change over time.	<input type="checkbox"/> Yes, I am more stressed or anxious now than in the past.	<input type="checkbox"/> Yes, I feel less stressed or anxious now than in the past.	
6) How do you describe your current emotional state in relation to work?			
<input type="checkbox"/> I have my emotional situation stable, because I feel that my "emotional" is well adjusted to my assignments.			
<input type="checkbox"/> My "emotional" is a little affected because of my job conditions, but I am able to deal reasonably well with this.			
<input type="checkbox"/> I am very emotionally worn out.			
7) If you have felt loss of motivation with work, do you think that this may have caused harm to the recipients of your services or the institution where you work?			
<input type="checkbox"/> YES		<input type="checkbox"/> NO	
8) Do you feel that your competence or success at work has been affected over time?			
<input type="checkbox"/> YES, I feel that my competence and success have diminished		<input type="checkbox"/> NO	
9) If you could go back, would you have chosen another activity or career?			
<input type="checkbox"/> YES		<input type="checkbox"/> NO	
10) Do you intend to leave your career if there is another job opportunity with similar incomes and conditions?			
<input type="checkbox"/> YES		<input type="checkbox"/> NO	

REFERENCES

1 **Lei n° 11.907 2009, Presidência da República (BR).** Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11907.htm

2 **Lei n° 8.213 1991, Presidência da República (BR).** Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm

3 Governo Federal. Manual de Perícia Médica da Previdência Social. Brasília (BR); 2009. 180 p.

4 **Decreto n° 3.048 1999, Presidência da República (BR).** Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm

5 **Lei complementar n° 142 2013, Presidência da República (BR).** Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp142.htm

6 Governo Federal. Anuário Estatístico do INSS. Brasília (BR); 2015. 918 p.

7 Zhou X, Pu J, Zhong X, Zhu D, Yin D, Yang L, et al. Burnout, psychological morbidity, job stress, and job satisfaction in Chinese neurologists. *Neurology*. 2017;88(18):1727-1735.

8 Imo UO. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: a systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bull*. 2017;41(4):197-204.

9 Kacenebelenbogen N, Offermans AM, Roland M. Burnout of general practitioners in Belgium: societal consequences and paths to solutions. *Rev Med Brux*. 2011;32(4):413-23.

10 Shi J, Wang S, Zhou P, Shi L, Zhang Y, Bai F et al. The Frequency of Patient-Initiated Violence and Its Psychological Impact on Physicians in China: A Cross-Sectional Study. *PLOS ONE* [Internet]. 2015;10(6):e0128394. Available from: <https://www.plos.org/ DOI 10.1371/journal.pone.0128394>

11 Saeki K, Okamoto N, Tomioka K, Obayashi K, Nishioka H, Ohara K et al. Work-related Aggression and Violence Committed by Patients and Its Psychological Influence on Doctors. *J Occup Health*. 2011;53(5):356-364.

12 Admin P. Cresce violência contra médicos. Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. Recife. [Internet]. 2007 [cited 2017]. Available from: <http://cremepe.org.br/2007/09/24/cresce-violencia-contra-medicos/>

13 Agência Estado. PF prende homem acusado de agredir perito do INSS no ES. *Jornal Estadão*. São Paulo. [Internet]. 2006 [cited 2017]. Available from: <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,pf-prende-homem-acusado-de-agredir-perito-do-inss-no-es,20060904p29896>

14 Barros R. Aposentada acusa perito do INSS de agredir a filha com deficiência intelectual. *Jornal a Gazeta*. Vitória. [Internet]. 2014. [cited 2016]. Available from: http://www.gazetaonline.com.br/_conteudo/2014/01/noticias/cidades/1476463-aposentada-acusa-perito-do-inss-de-agredir-a-filha-com-deficiencia-intelectual.html

15 Portal de Notícias da Globo [Internet]. Governador Valadares: Globo Comunicação e Participações S.A.; c2000-2017. PF investiga tentativa de homicídio contra perito do INSS em Inhapim; 2015 [cited 2017]. Available from: <http://g1.globo.com/mg/vales-mg/noticia/2015/09/pf-investiga-tentativa-de-homicidio-contra-perito-do-inss-em-inhapim.html>.

16 Portal de notícias da Globo [Internet]. São Paulo: Globo Comunicação e Participações S.A.; c2000-2017. Após morte de médico, INSS terá reforço na segurança; 2007 [cited 2017].<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL44369-5598,00-APOS+MORTE+DE+MEDICO+INSS+TERA+REFORCO+NA+SEGURANCA.html>

17 Cannavò M, Fusaro N, Colaiuda F, Rescigno G, Fioravanti M. Violence on health care workers. Clin Ter. 2017;168(2):e99-e112. doi: 10.7417/CT.2017.1990.

18 Irinyi T, Németh A. Violent acts against health care providers. Orv Hetil. 2016;157(28):1105-9. doi: 10.1556/650.2016.30480.

19 Baydin A, Erenler AK. Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff. Int J Emerg Ment Health. 2014;16(2):288-90.

20 Nardes A. Concessão e manutenção dos benefícios auxílio doença [Internet]. Brasília (BR): TCU; 2010 [cited 2016]. 152 p. Available from: <https://peritomed.files.wordpress.com/2010/09/relatorio-tcu.pdf>

21 De Boer WE, Croon NH, Toorn M, Csánky-Achilles HW. Enquête Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (Medical Work Disability Criterion Survey). TBV. 1996;4:98–104.

22 Brenninkmeijer V, Lagerveld SE, Blonk RW. Moeilijk objectieveerbare klachten in de praktijk van de bedrijfs- en verzekeringsarts: Een empirisch onderzoek (Complaints in the practice of company doctors and insurer's medical advisers that are hard to assess objectively: an empirical study). TBV. 2006;14:354-359.

23 De Bont A, van den Brink JC, Berendsen L, Boonk M. Limited control of information for work disability evaluation. Ned Tijdschr Geneesk. 2002;146(1):27-30.

24 Paschoal T, Tamayo A. Validação da escala de estresse no trabalho. Estud. Psicol. 2004;9(1):45-52.

25 Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. 2nd ed. Boston: PWS Publishers; 1986. 584 p.

26 De Vogli R, Ferrie JE, Chandola T, Kivimäki M, Marmot MG. Unfairness and health: evidence from the Whitehall II Study. J Epidemiol Community Health. 2007;61(6):513-8.

27 Ptáček R, Vňuková M, Raboch J. Work-related stress and mental health – can work lead to mental disorders?. Cas Lek Cesk. 2017;156(2):81-87.

28 Coats D, Max C. Healthy work, productive workplaces: why the UK needs more good jobs. London (UK): Work Foundation; 2005. 68p.

29 Health and Safety Executive. Helping Great Britain Work Well [Internet]. London (UK): TSO; 2017 [cited 2017]. Available from: <http://www.hse.gov.uk/stress/standards/>

30 Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. Mountain View: Consulting Psychologists Press; 1996. 52 p.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU LEGAL RESPONSÁVEL

1. Dados de Identificação

Nome do Paciente:

Documento de Identidade Nº :..... Sexo: () M () F

Data de Nascimento:...../...../.....

Endereço:.....Nº:.....Apto:.....

Bairro:.....Cidade:.....

CEP:.....Telefone:.....

2. Responsável

Legal:.....

Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.):

Documento de Identidade Nº :..... Sexo: () M () F

Data de Nascimento:...../...../.....

Endereço:.....Nº:.....Apto:.....

Bairro:.....Cidade:.....

CEP:.....Telefone:.....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do Projeto de Pesquisa: Avaliação da Presença e da Intensidade de Sintomas de Estresse Associados ao Trabalho dos Peritos Médicos da Previdência Social do Estado do Espírito Santo, Brasil.

Pesquisador: **João Guilherme Tavares Marchiori**

Documento de Identidade Nº : **7168337** Sexo: (x) M () F

Cargo/Função: **Médico – Departamento de Atenção à Saúde (DAS) – Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas - UFES**

2. Avaliação de Risco da Pesquisa

() Sem Risco (X) Risco Mínimo () Risco Baixo

() Risco Médio () Risco Maior

(Probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

1. Duração da Pesquisa: **6 meses.**

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE DA PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa: **os transtornos psiquiátricos podem surgir sem causa aparente, por uma predisposição da própria pessoa, ou podem se associar a acontecimentos desagradáveis ou traumatizantes da vida. Estes eventos podem ser agudos, como um acidente ou uma agressão, ou crônicos, como um ambiente de trabalho adverso. Os Peritos Médicos do INSS estão expostos diariamente a situações emocionalmente estressantes, pois rotineiramente têm a função de decidir se o periciando terá ou não direito a receber dinheiro dos cofres públicos, na forma de benefício previdenciário. Desta forma, os indeferimentos de ordem técnica muitas vezes são interpretados com grande insatisfação por parte dos requerentes, que projetam no perito sua ira, ameaçando-os ou até mesmo agredindo-os fisicamente. O presente estudo visa a identificar se esta exposição laboral estressante é fator de risco para o desenvolvimento de sintomas de estresse nos peritos.**

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos; incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: **Aos participantes será aplicada uma escala contemplando sintomas de estresse e a repercussão destes no campo subjetivo, além de perguntas de múltipla escolha que pretendem**

conhecer de modo mais apurado a realidade de trabalho dos médicos avaliados no que tange ao impacto do estresse em sua vida pessoal e profissional.

3. Desconfortos e riscos esperados: **o risco é considerado mínimo, caracterizando-se basicamente pela possibilidade de rememoração e vivência de situações desagradáveis do passado, com possibilidade, ainda que remota, de surgimento de problemas psicológicos decorrentes da evocação mental das experiências do passado.**

4. Benefícios que poderão ser obtidos para o sujeito da pesquisa e/ou coletividade: **caso se observe presença e intensidade marcantes de estressores entre os PMP, o estudo se prestará à adoção de medidas de controle dos processos de trabalho dos peritos do INSS, com melhorias na segurança física dos postos de trabalho, implementação de grupos de acolhimento e apoio psicológico e modificações no sistema de concessão dos benefícios previdenciários.**

IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas: **Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras, Vitória - ES, 29075-910 Telefone:(27) 4009-2222 – Departamento de Atenção à Saúde (DAS); atendimento de segunda a sexta-feira, em horário comercial, para informações e esclarecimentos.**
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência;
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;

V – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Nome: **João Guilherme Tavares Marchiori** Telefone:**27-99231-3576**

Endereço: **Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras, Vitória - ES, 29075-910 Telefone:(27) 4009-2222 – Departamento de Atenção à Saúde (DAS)**

VI – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Os autores ficam à disposição dos participantes para apresentação de outros estudos relacionados ao risco de adoecimento por transtornos psiquiátricos no exercício da atividade médica. Trata-se de um estudo pioneiro no tocante à atividade dos Peritos Médicos Previdenciários do Brasil.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP: Avenida Marechal Campos, 1355, Bairro Santos Dumont, CEP 29.043-900, Vitória, ES, Telefone 3335-7326, Email: cephucam@gmail.com

VII – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Vitória, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa
ou responsável legal

Assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome legível)